CELSUS ACADEMIE VOOR BETAALBARE ZORG

Verspilling in de langdurige zorg

Een verkenning van de literatuur

Verspilling in de langdurige zorg

Een verkenning van de literatuur

Wieteke van Dijk MSc., Dr. Stef Groenewoud, Niek Stadhouders MSc., Dr. Philip van der Wees, Dr. Marit Tanke, Dr. Patrick Jeurissen.

Nijmegen, 4 maart 2015

Celsus Academie voor betaalbare zorg

Inhoudsopgave

Samenvatting

Aanleiding

In 2013 heeft het Ministerie van VWS heeft het Meldpunt Verspilling in de zorg geopend. Hier kunnen burgers hun ervaringen en ideeën rondom verspilling in de zorg melden. Het Meldpunt is een succes: er zijn al meer dan 20.000 meldingen gedaan. Echter, omdat het om anekdotische informatie gaat is het op basis van deze meldingen nog niet mogelijk iets te zeggen over de omvang en de verdeling van verspilling in de Nederlandse zorg. De Directie Langdurige Zorg van het Ministerie van VWS heeft daarom Celsus academie voor betaalbare zorg gevraagd in kaart te brengen waar verspilling in de Nederlandse *langdurige zorg* speelt en hoe deze valt te verminderen. Dit rapport beschrijft de uitkomsten van deze verkenning en dient als input voor de voorzitter en voor de VWS-inbreng in de stuurgroep aanpak verspilling in de langdurige zorg.

Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn vier onderdelen uitgewerkt:

1. Ten eerste zijn de *reeds geïnventariseerde thema's en subthema's* uit het Meldpunt Verspilling in de zorg overzichtelijk bijeengebracht in vier categorieën.
2. Vervolgens is een gericht *literatuuronderzoek* uitgevoerd naar de omvang van verspilling in de Langdurige Zorg (LZ). In overleg met de opdrachtgever is dit onderzoek beperkt tot de categorieën 'zorginhoudelijke verspilling nu' en 'niet-zorginhoudelijke verspilling nu', zoals geïdentificeerd in het eerste onderdeel
3. Hierna is met een tweetal '*ervaringsdeskundigen'* gesproken over hoe zij met het werk van hun stichting en bedrijf trachten verspilling in de langdurige zorg te verminderen.
4. Parallel hieraan zijn de bestaande *monitor LZ* onderzocht, op zoek naar opvallende regionale verschillen in zorggebruik in de LZ.

Uiteindelijk zijn de resultaten uit deze onderdelen samengebracht in het afsluitende hoofdstuk, waarin de stap is gemaakt naar de lessen die zijn te leren door de uitkomsten van de vier delen met elkaar in verband te brengen. Hieronder bespreken we per onderdeel de belangrijkste resultaten.

Resultaten van de categorisering van thema's (onderdeel 1)

Uit analyse van de thema's die voortkomen uit het Meldpunt verspilling in de zorg bleek dat verspilling een breed begrip is, waarbij mensen verschillende beelden hebben van wat zij onder deze term verstaan. Alle geanalyseerde thema's gaan weliswaar over verbetermogelijkheden in de zorg, maar niet alle thema's gaan over concrete verspilling in de zorg die nu voorkomt. Een deel van de thema's gaat bijvoorbeeld over verbeteringen waardoor in de toekomst mogelijk minder verspilling plaats zal vinden (preventie).
Om beter inzicht in te krijgen in dit onderscheid is een indeling gemaakt in vier kwadranten. De ene as maakt onderscheidt tussen 1) 'verspilling nu' en 2) 'voorkom verspilling', de andere as maakt een onderscheid tussen 1) 'zorginhoudelijke' en 2) 'niet-zorginhoudelijke' thema's. Alle thema's zijn ondergebracht in een van vier kwadranten ondergebracht.

Resultaten literatuurverkenning (onderdeel 2)

Doel van het literatuur onderzoek was om te komen tot een inschatting van de omvang van de verspilling van de vijf thema's die in de categorie 'verspilling nu' vallen. Dat zijn: 1) verminder ongepaste zorg; 2) verbeter het primair proces; 3) verminder het weggooien van voedsel; 4) verminder administratieve lasten en overhead; en 5) dring fraude terug.

Voor elk van deze thema's is gezocht naar wetenschappelijke literatuur, in relatie tot verspilling. Daar waar geen wetenschappelijke studies beschikbaar zijn is verder gezocht in de 'grijze literatuur'. De zoektocht heeft geen wetenschappelijke studies opgeleverd die zich primair richten op verspilling in de langdurige zorg. De (generieke) literatuur over verspilling richt zich met name op de curatieve zorg. Empirisch geëvalueerde interventies gericht op tegengaan van verspilling in de langdurige zorg zijn niet geïdentificeerd.

In de beschikbare (wetenschappelijke) literatuur bleek alleen duidelijke evidence voor het thema 'verminder het weggooien van voedsel'. Naar schatting wordt 30-40% van het voedsel in Nederlandse instellingen verspild. Niet al deze verspilling is vermijdbaar, maar toch is een heel groot deel hiervan terug te dringen. In een aantal praktijkcases is aangetoond dat zowel kosten verlaagd kunnen worden als kwaliteit verbeterd. Voor de andere thema's is onvoldoende informatie beschikbaar om een harde uitspraak te kunnen doen over de omvang van de verspilling in de langdurende zorg in Nederland. Voor het onderwerp 'verminder ongepaste zorg' is de conclusie dat hoewel er indicaties zijn dat de er sprake is van vraagelasticiteit voor thuiszorg, er onvoldoende aangrijpingspunten zijn om daadwerkelijke verspilling te benoemen of bestrijden. Bij 'verbeter het primair proces' is het wetenschappelijk bewijs zodanig mager dat we geen uitspraken durven doen over hoeveel verspild wordt. Wel zien we verbetermogelijkheden met *lean* management of Verstandig Kiezen initiatieven voor de langdurige zorg.

Ook over het thema administratieve lasten en overhead kunnen we geen concrete uitspraken doen. Hoewel aannemelijk is te maken dat teveel tijd en daarmee geld besteed wordt aan deze onderdelen, is op dit moment niet te becijferen hoeveel dat dan is. Eerst moet inhoudelijk afgewogen worden welke administratieve taken en registraties onontbeerlijk zijn. Tot slot is het thema fraude kort behandeld. Duidelijk werd dat hoewel fraude zeker voorkomt, de detectie ervan en van bewuste fraude niet eenvoudig is. Dit leidt tot de onbevredigende conclusie dat er gegronde reden is om aan te nemen dat er verspilling plaatsvindt in de langdurige zorg als gevolg van fraude, maar dat de omvang van deze verspilling of een succesformule om deze verspilling tegen te gaan ongewis blijven. Uit onze eigen analyses bleek dat er tussen instellingen ook variatie is in kostencategorieën die een relatie hebben met verspilling. Zoals bijvoorbeeld bij de kosten voor voeding en de het aandeel overhead en niet cliëntgebonden activiteiten.

Resultaten Praktijkervaringen (onderdeel 3)

Ondanks de beperkte aandacht voor verspilling in de langdurende zorg in de wetenschappelijke literatuur, is het thema 'verspilling in de zorg' een opkomend thema voor zorginstellingen en bedrijven. Ter aanvulling op de uitkomsten uit het literatuuronderzoek is voor het derde onderdeel gesproken met vertegenwoordigers van twee bedrijven die instellingen helpen met het terugdringen van verspilling.

Stichting Diverzio zet zich in om voedselverspilling in instellingen te verminderen. Met praktische tips en concrete metingen helpen zij instellingen inzicht krijgen in welke kosten ze maken voor voeding, welk deel hiervan verspild wordt en hoe deze verspilling is te verminderen. Samen met Diverzio weten instellingen de verspilling van voedsel vaak terug te brengen van het gemiddelde van ca 30% naar minder dan 5%. Tegelijkertijd weten ze samen met de instelling een verbetering van de maaltijdervaring te bereiken.

Focus Cura ondersteunt organisaties en cliënten bij het invoeren van technologische innovaties om zorgverleners effectiever te laten werken en cliënten langer thuis te laten wonen. Met behulp van deze technologische innovaties kunnen zorgverleners en hun cliënten tijd besparen en/of langer zelfstandig thuis wonen. Voorbeelden van dergelijke innovaties zijn bijvoorbeeld applicaties om de communicatie tussen cliënt en zorgverlener te stroomlijnen en ondersteuning bij de invoering van medicijndispensers zoals de Medido.

Regionale verschillen in zorggebruik (onderdeel 4)
In het vierde deel is het gebruik van langdurige zorg in de zorgkantoorregio's verkend voor zorg met verblijf (geïnstitutionaliseerde zorg) en zorg zonder verblijf (thuiszorg en Wmo-ondersteuning). Hier was het doel om door verschillen tussen regio's beter inzicht te krijgen in de omvang van eventuele verspilling. Na correctie voor leeftijdssamenstelling bleken inderdaad verschillen tussen regio's waarneembaar. In één regio werd 30% meer zorg met verblijf verleend dan het landelijk gemiddelde, in een andere 24% meer. Een andere regio scoorde juist 17% lager dan gemiddeld. Uitschieters naar boven zijn bij de zorg met verblijf extremer dan de uitschieters naar beneden. In zorg zonder verblijf vallen ook uitschieters naar beneden op. In één regio wordt 25% minder zorg zonder verblijf verleend dan verwacht op basis van het landelijk gemiddelde. In een andere regio wordt juist 23% meer zorg zonder verblijf verleend. Verder lijkt het erop dat de veelgehoorde veronderstelling dat wanneer meer geïnvesteerd wordt in thuiszorg de duurdere verblijfszorg vermeden kan worden, niet op te gaan. Er is geen systematische afruil tussen verblijf en thuiszorg gevonden.

Deze resultaten bieden een indicatie dat er sprake is van verspilling in de langdurige zorg in Nederland. Echter, het betreft nog slechts een eerste, verkennend onderzoek. In vervolgonderzoek moet rekening gehouden worden met meer factoren zoals bevolkings- en regiokenmerken. Daarnaast geven deze cijfers geen inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en zijn alle regio's gespiegeld aan het landelijk gemiddelde. In dit gemiddelde kan ook over- of onderbehandeling gevat zijn. Het zou raadzaam zijn om vervolgonderzoek toe te splitsen op verschillende patiëntgroepen en naast verschillen in zorggebruik ook te kijken naar kwaliteit en de kosten van zorg.

Conclusie

De thema's binnen het concept verspilling zijn in te delen in genoemde kwadranten met een onderscheid tussen 'verspilling nu' en het 'voorkom verspilling' op de ene as; en een onderscheid tussen 'zorginhoudelijke' en 'niet-zorginhoudelijke' thema's op de andere as. In de twee kwadranten over 'verspilling nu' vallen vijf thema's. We hebben beperkte relevante literatuur gevonden over deze vijf thema's. Desondanks zijn er indicaties dat er sprake is van verspilling binnen de Nederlandse langdurige zorg, bijvoorbeeld gezien de variatie in gebruik van zorg met en zonder verblijf tussen regio's. Deze cijfers geven een sterke indicatie dat er sprake is van verspilling in de langdurige zorg. De gesprekken over ervaringen uit de praktijk laten zien dat er concrete mogelijkheden zijn om verspilling terug te dringen en efficiënter te gaan werken. Desalniettemin is het onderwerp binnen de (wetenschappelijke) literatuur nog onontgonnen gebied. Daarom is het onmogelijk om op basis van wetenschappelijk onderzoek gefundeerde uitspraken te doen over de omvang van verspilling in de langdurige zorg. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om de aard en omvang van verspilling binnen de langdurige zorg in kaart te brengen.

Overzicht van tabellen en figuren

1. Inleiding

> *'Toegang tot goede zorg is voor veel Nederlanders het bewijs van de kwaliteit van de samenleving. Nederland heeft 1 van de beste en meest toegankelijke zorgstelsels ter wereld. Het is in het belang van alle mensen in ons land dat dit zo blijft. Goede zorg is een onmisbare basisvoorziening. Feit is dat de kosten van onze zorg harder groeien dan onze economie. Daarom zijn met alle partijen uit de zorg afspraken gemaakt over vergroting van het kostenbewustzijn, tegengaan van verspilling en de aanpak van fraude. Zo worden besparingen bereikt met behoud van kwaliteit. De kostenontwikkeling valt dit jaar voor het eerst sinds vele jaren mee ten opzichte van de oorspronkelijke ramingen.'*
> Fragment uit de troonrede uitgesproken door Koning Willem-Alexander op 16 september 2014

Bovenstaand citaat illustreert hoe belangrijk goede en toegankelijke zorg is voor Nederlanders, maar ook voor welke uitdaging overheid, aanbieders en andere partijen zich gesteld zien om de kosten van de zorg beheersbaar te houden. Een belangrijke rol wordt toegedicht aan het verminderen van verspilling in de zorg. Het Ministerie van VWS heeft daarom het Meldpunt Verspilling in de zorg opgericht, om het publiek de gelegenheid te geven de verspilling die zij waarnemen in de zorg te melden[a]. Het meldpunt is een groot succes, er zijn al meer dan 20.000 meldingen gedaan. Ook de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft een inventarisatie gedaan naar overbodige uitgaven en mogelijke besparingen in de langdurige zorg (NPCF, 2012). Hieruit komen onderwerpen en thema's naar voren die vergelijkbaar zijn met de resultaten van het Meldpunt, waaruit blijkt dat het onderwerp leeft en relevant is.

De informatie die uit het Meldpunt naar voren komt, kan dienen als input voor beleid om verspilling in de zorg terug te dringen. De meldingen signaleren terreinen waarop sprake kan zijn van verspilling. Ondanks de grote omvang, betreft dit echter grotendeels anekdotische informatie, hoewel veel onderwerpen heel frequent genoemd worden. Over de aard en omvang van de verspilling is op deze basis nog niets te zeggen. Om de omvang en (beleids)relevantie van de gemelde onderwerpen te toetsen en te vergroten, is de Celsus academie gevraagd te verkennen op basis van de (internationale) literatuur wat bekend is over verspilling binnen de langdurige zorg en over het succesvol terugdringen hiervan.

1.1 Verspilling in de zorg als thema in de internationale literatuur

De eerste vraag die zich voordoet is: wat is verspilling nu eigenlijk? Daarom starten we met een korte verkenning van dit begrip. Verspilling in de zorg is een relatief nieuw onderwerp dat oorspronkelijk vooral in de Verenigde Staten in de belangstelling stond. Verspilling (*waste*) kan op de volgende manier worden geconceptualiseerd:

> *"Allocative inefficiency is the allocation of health resources to ineffective, unsafe or harmful activities, resulting in less than the best attainable health outcomes. Waste is also defined as technical inefficiency – where the same health outcome could have been achieved with fewer inputs, such as medicines, tests and health professionals" time."*
> p.2 (Carpenter, Elshaug, Turnbull, Wilson, & Jan, 2014)

Het Van Dale woordenboek definieert verspillen als volgt: *roekeloos of nutteloos besteden*[b]. Dit impliceert dat er actief geld, kwaliteit of andere middelen verspild worden en een zorgvrager, instelling of budget actief geschaad wordt. Het gaat om zorg(processen) met suboptimaal resultaat. Zaken als inefficiëntie,

---

[a] www.verspillingindezorg.nl/meldpunt-verspilling
[b] Van Dale, 2005. Praktijkwoordenboek Nederlands. Van Dale Lexicografie bv. Utrecht/Antwerpen.

overbehandeling en fraude op elk van deze terreinen dragen bij aan verspilling. De literatuur over verspilling in de zorg richt zich op de hele zorgsector, maar voorbeelden komen met name uit de curatieve zorg. Wetenschappelijk onderzoek specifiek gericht op verspilling in de langdurige zorg is bij ons weten nog nauwelijks verricht.

Schattingen over de omvang van verspilling binnen de curatieve zorg richten zich bijna uitsluitend op de VS. De schattingen lopen uiteen van 20 tot meer dan 50% van alle kosten die gemaakt worden in de VS (Berwick & Hackbarth, 2012; PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2008). Het is uiteraard afhankelijk van de definitie welk besparingspotentieel er is en bovendien is de Amerikaanse situatie niet zondermeer toepasbaar op de zorg in andere landen. Niettemin, alle auteurs zijn overtuigd dat er sprake is van omvangrijke verspilling in de (curatieve) zorg. Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat een 'verspilling' van nul niet reëel is en dus ook niet als benchmark kan worden gehanteerd.

1.2 Doel van het onderzoek

Het resultaat van dit onderzoek is primair bedoeld als input voor de VWS-inbreng in de stuurgroep aanpak verspilling in de langdurige zorg en als input voor de voorzitter van deze stuurgroep. Het onderzoek heeft nadrukkelijk niet tot doel tot één totaalbedrag voor de totale verspilling in de langdurige zorg (LZ) te komen, in monetaire of andere termen (kwaliteit, volume etc.). Het doel is de evidentie bijeen te brengen over verspilling per thema dat uit de meldactie naar voren is gekomen. Het kwantificeren van verspilling blijkt sowieso niet eenvoudig. Resultaten binnen één studie kunnen niet (zonder meer) geëxtrapoleerd worden naar de gehele (Nederlandse) langdurige zorg. De resultaten van dit onderzoek dienen dan ook vooral als input voor discussie en (beleids)initiatieven.

1.3 In dit rapport

Deze verkenning bestaat uit vier onderdelen:
1) het samenbrengen van alle thema's die voortkomen uit het Meldpunt Verspilling,
2) het bijeenbrengen van de literatuur over deze thema's,
3) een tweetal praktijkervaringen van een stichting en een bedrijf die zich inzetten om verspilling in de zorg terug te dringen, en
4) het verkennen van de praktijkvariatie in het gebruik van langdurige zorg in Nederland.

In het eerste onderdeel worden alle thema's over verspilling die voortkomen uit het meldpunt bijeengebracht. Vervolgens zijn de thema's onderverdeeld in een vierdeling van twee soorten verspilling (bestaande verspilling en te voorkomen verspilling) en zorginhoudelijke en niet-zorginhoudelijke thema's. In het tweede onderdeel wordt ingegaan op de beperkte beschikbare literatuur over de thema's over 'verspilling nu'. Deze literatuur wordt in het derde deel aangevuld met ervaringen uit de praktijk. In het vierde onderdeel is de praktijkvariatie in het gebruik van langdurige zorg in Nederland in kaart gebracht. Dit vormt een indicatie voor het bestaan van overbehandeling en allocatieve inefficiëntie. Tot slot slaat het laatste hoofdstuk een brug tussen de delen.

2. Methode

Aanpak
In het onderzoek is een aanpak gehanteerd die bestaat uit vier stappen:



1. Ten eerste zijn de *reeds geïnventariseerde thema's en subthema's* overzichtelijk bijeengebracht. Deze thema's zijn vervolgens geordend in een verdeling tussen 'verspilling nu' en 'voorkom verspilling'.
2. De volgende stap was een gericht *literatuuronderzoek* naar verspilling in de LZ. Daarbij richtten wij ons op de "grijze literatuur" en de peer reviewed wetenschappelijke literatuur via respectievelijk internet en databanken van (inter)nationale journals. We includeren literatuur vanaf 2000 en later.
3. Hierna is met een tweetal ervaringsdeskundigen gesproken over hoe zij met het werk van hun stichting en bedrijf trachten verspilling in de langdurige zorg te verminderen.
4. De volgende stap was het onderzoeken van de bestaande *monitor LZ*, op zoek naar opvallende regionale verschillen in zorggebruik in de LZ.
5. Tenslotte zijn de resultaten van stap 1 tot en met 3 bijeengebracht in deze *rapportage*.

Zoekstrategie en waardering van de bronnen
Voor de zoekstrategie naar relevante literatuur is in eerste instantie PubMed geraadpleegd. Een overzicht van de gebruikte strategieën en zoekwoorden is opgenomen in bijlage 2. Als dit niet voldoende opleverde, wat vrijwel altijd het geval was, is nader gezocht in de grijze literatuur. Ook hier was de spoeling dun. De langdurige zorg komt in de wetenschappelijke literatuur veel minder aan bod dan de curatieve zorg. Het aantal beschikbare publicaties is dus klein. Bovendien spitst dit onderzoek zich specifiek toe op de Nederlandse context waardoor internationaal wetenschappelijk onderzoek niet altijd relevant is. Studies in andere landen zijn dus niet zonder meer vertaalbaar naar de Nederlandse situatie. Tot slot is een aantal van de thema's die onderzocht zijn zo specifiek of zo beleidsmatig van aard dat er geen (wetenschappelijk) onderzoek naar gedaan is of kan worden.

Het is belangrijk dat de bronnen op basis waarvan uitspraken worden gedaan over de omvang van verspilling in de Nederlandse langdurige zorg betrouwbaar zijn. Om inzicht te geven in de zekerheid van een conclusie in dit onderzoek is per bron weergegeven welke status het heeft. Dit wordt aangegeven met een letter en een teken, zoals hieronder weergegeven.

A+ Peer-reviewed wetenschappelijke literatuur
A Onderzoeksrapport van onafhankelijk instituut
B Bestuurlijke documenten en publicaties, beleidsstukken ed
C Opinie, populaire media, meldingen uit het Meldpunt Verspilling

Wetenschappelijk onderzoek dat is gepubliceerd in gerenommeerde tijdschriften en is beoordeeld door andere wetenschappers (peer-reviewed) wordt als meest betrouwbare bron beschouwd. Dit krijgt de aanduiding A+. Onderzoeksrapporten van onafhankelijke instituten krijgen een iets lagere waardering, omdat deze rapporten niet op hun merites zijn beoordeeld door andere wetenschappers. Dit onderzoek heeft een A status. Het derde niveau is dat van documenten en publicaties vanuit de overheid, zoals kamerbrieven, achtergrondnota's en andere beleidsstukken. Dit zijn doorgaans geen wetenschappelijke studies. Daarom worden deze bronnen met een B aangeduid. Tot slot is er de 'restcategorie' van gegevens uit populaire media, meldingen uit het Meldpunt Verspilling en opiniestukken (ook editorials uit wetenschappelijke tijdschriften). Deze bronnen zijn het minst controleerbaar en worden daarom met een C aangeduid.

De bronnen uit de A categorie zijn afkomstig uit binnen- en buitenland. We hebben in het bijzonder gezocht naar rapportages van een aantal instituten. Uit het buitenland zijn dat bijvoorbeeld de Nuffield Trust, Kings Fund, Health Foundation, Bertelsmann Stiftung, Brookings Institution en het Commonwealth Fund. In Nederland hebben we nader gezocht naar rapportages van het SCP, het CPB, het CIZ, het RIVM en onderzoeksinstituten van universiteiten en andere publieke instellingen.

3. Thema's van onderzoek

Het programma Verspilling in de Zorg van het ministerie van VWS heeft een brede scope. Het programma is gestart met een nationaal Meldpunt Verspilling, waarna deze meldingen worden opgepakt in een brede samenwerking met veldpartijen.

Het programma bakent bewust niet af wat er onder verspilling verstaan wordt, dit om een brede toegang te garanderen. Die aanpak is succesvol: uit de grote verscheidenheid aan meldingen blijkt dat onder verspilling in de zorg heel veel verschillende onderwerpen geschaard kunnen worden. Verspilling wordt zo een paraplubegrip, waaronder veel andere bekende termen kunnen hangen. Bijvoorbeeld: kosteneffectiviteit, kostenbesparing, (in)efficiëntie, organisatie, buitensporige beloningen, doelmatigheid, bezuinigen, etc.

De brede aanpak resulteert in een lange lijst (sub)thema's. VWS heeft de uitkomsten van de meldactie in verschillende documenten gegroepeerd: in het Actieplan Verspilling (AP), de Voortgangsbrief van de minister en staatssecretaris over dit onderwerp (VB) en in de opdracht aan de Celsus academie (CA). Door deze bronnen samen te voegen komen we tot een lijst van 34 thema's. Deze zijn te groeperen in vier hoofdthema's en 34 subthema's:

Hoofdthema's

De voortgangsbrief van Minister Schippers en Staatsecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer stelt dat de meldingen over verspilling in de zorg zijn te groeperen in vier hoofdthema's:

- Is er wel zorg nodig?
- Kan de aanpak van of de samenwerking in de zorg beter?
- Kunnen instellingen beter georganiseerd worden?
- Samenhang financiering van de zorg en verspilling.

We houden deze vier thema's aan om de subthema's onder te structureren. Het actieplan benoemt een vijfde thema: hoe richten we de langdurige zorg in? Dit thema bevat zoveel overlap met het thema 'Kunnen instellingen beter georganiseerd worden?' dat is besloten deze twee thema's te integreren.

Subthema's

<u>Thema</u>: Is er zorg nodig?

1. Voorkom dat mensen zorg en ondersteuning nodig hebben (AP)
2. Bevorder zelfredzaamheid (AP)
3. Verminder onnodige zorg en ondersteuning thuis (AP)
4. Bepaal scherp of en hoeveel zorg nodig is in instellingen (AP)

<u>Thema</u>: Kan de aanpak van of de samenwerking in de zorg beter?

5. Versterk professionals en informele zorgverleners bij de zorgverlening (AP)
    6. Meer inzet van vrijwilligers (VB)
    7. Stimuleer professionals beter om te gaan met informele zorg (VB)
    8. Stageplaatsen in zorg (VB)
9. Verbeter richtlijnen en protocollen voor langdurige zorg (AP)
10. Verminder onnodige zorghandelingen (AP)
11. Verbeter primair proces van zorgverlening (AP)
12. Stimuleer gebruik van ICT, medische technologie en invoering innovaties (AP)
13. Passende zorg (AP)

<u>Thema</u>: Kunnen instellingen beter georganiseerd worden?

14. Verbeter de bedrijfsvoering (AP)
    15. Betere inkoop (VB)
    16. Verminderen weggooien van voedsel (CA)
    17. Overhead verminderen (VB)
    18. Verminder het papierwerk, meer handen aan het bed (AP)
    19. Verbeter het management en ga (te) hoge salarissen tegen (AP)
    20. Verminder brede administratieve lasten in de langdurige zorg (oorpronkelijk onder thema 'hoe richten de langdurige zorg in?'; AP)
    21. Ga uitval van personeel tegen (CA)
    22. Beter inroosteren (CA)

<u>Thema</u>: Samenhang financiering van de zorg en verspilling

23. Fraude terugdringen
    24. Pak fraude en te hoge declaraties aan (AP)
    25. Verbeter het pgb (dring fraude terug) (AP)
    26. Minder oneigenlijk gebruik mantelzorgcompliment (AP)
    27. Voorkom upcoding (AP)
28. Scherpe inkoop van kwalitatief goede zorg (AP)
29. Minder verspilling bij overdracht van zorg thuis naar een instelling (AP)
    30. Herverstrekking mobiliteitshulpmiddelen (CA)
31. Vind goedkopere alternatieven (AP)
    32. Bespaar op alle vervoersopties (CA)
33. Verhoog inzicht in kosten (AP)
34. Hoogte eigen bijdrage (AP)

De relatie tussen de thema's en verspilling

Alle thema's gaan over verbetermogelijkheden in de zorg. Maar niet alle thema's gaan over concrete verspilling in de huidige zorg. Veel van de thema's gaan over een efficiëntere inrichting van de zorg of het investeren in het voorkomen van toekomstige zorgvragen. Kortom, veel van de thema's gaan over hoe er slimmer gewerkt kan worden opdat toekomstige verspilling voorkomen wordt.

Om onderscheid te kunnen maken tussen de genoemde verbetermogelijkheden zijn in tabel 1 alle thema's ingedeeld in kwartielen. Naast een onderscheid tussen verspilling nu en het voorkomen van verspilling is ook een onderscheid tussen zorginhoudelijke en niet-zorginhoudelijke thema's gemaakt. Dit duidt het verschil tussen de thema's die gaan over de daadwerkelijke zorgverlening en de directe verbetering hiervan en de thema's die meer gaan over de randvoorwaarden en het systeem, zoals administratieve lasten en fraude. Een aantal thema's vertoonde een zo sterke overlap dat is besloten die samen te voegen. In het vervolg van deze rapportage gaan we in op de thema's die met verspilling nu te maken hebben omdat dit de thema's zijn waarop nu ingegrepen kan worden.

Tabel 1. Verdeling van de thema's over 'verspilling nu' en 'voorkom verspilling'

	Verspilling nu		Voorkom verspilling	
Zorginhoudelijk	3, 4, 13	Verminder ongepaste zorg	1	Anticipeer op de toekomstige zorgvraag
	9, 10, 11	Verbeter primair proces	2	Bevorder zelfredzaamheid
			31	Vind goedkopere alternatieven
Niet-zorginhoudelijk	16	Verminder weggooien van voedsel	5, 6, 7, 8	Versterk (informele) zorgverleners bij de zorgverlening
	17, 18, 20	Verminder administratieve lasten en overhead	12	Stimuleer gebruik ICT, innovaties
	23, 24	Dring fraude terug	14	Verbeter bedrijfsvoering
	25	Verminder fraude pgb	15	Verbeter inkoop
	26	Verminder oneigenlijk gebruik mantelzorgcompliment	19	Verbeter management, ga hoge salarissen tegen
	27	Voorkom upcoding	21	Ga uitval personeel tegen
			22	Beter inroosteren
			28	Scherpe inkoop van goede kwaliteit
			29, 30	Betere overdracht van zorg thuis naar zorg in instelling
			32	Bespaar op vervoersopties
			33	Verhoog inzicht in kosten
			34	Hoogte eigen bijdrage

4. Literatuurverkenning van de deelthema's

In deze literatuurverkenning wordt naar de (internationale) literatuur gekeken vanuit het perspectief van de thema's die vallen onder 'verspilling nu'. Dit omdat dit de onderwerpen zijn waarop nu kan worden ingesprongen om verspilling te verminderen. Het doel van dit hoofdstuk is om met behulp van literatuuronderzoek interventies te vinden die erop gericht zijn gepaste zorg binnen dit thema te bevorderen en, als gevolg hiervan, verspilling terug te dringen.

Er zijn echter twee kanttekeningen te plaatsen bij de haalbaarheid van dit doel. Ten eerste is literatuur op het snijvlak van gepaste zorg, verspilling en langdurige zorg zeer zeldzaam. De langdurige zorg is sowieso veel minder onderwerp van onderzoek dan de curatieve zorg en verspilling is hierbinnen bovendien ook een nieuw thema. Ten tweede maakt de unieke inrichting van de Nederlandse LZ resultaten uit andere landen niet een op een vertaalbaar naar Nederland. Niettemin kunnen ervaringen uit andere landen leerzaam zijn. Hieronder wordt per thema uit de kwadranten die vallen onder 'verspilling nu' toegelicht welke uitkomsten uit de literatuur gevonden zijn.

4.1 Verminder ongepaste zorg

Om te kunnen bepalen welke zorg ongepast is in de Langdurige Zorg (LZ) en hoe ongepast gebruik is terug te dringen moet eerst worden afgebakend wat gepaste zorg is. Als startpunt hiervoor is de publicatie 'Gepaste Zorg' van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gebruikt. De RVZ beschouwt zorg op het snijvlak van *evidence based medicine* en *patient centered medicine* als gepaste zorg. De definitie is: 'patiëntgerichte zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is' (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2004). Logischerwijs is ongepaste zorg dan het tegenovergestelde: niet-patiëntgerichte zorg die niet noodzakelijk, niet effectief (genoeg) en ondoelmatig is. In de Engelstalige literatuur heet gepaste zorg *appropriate care*. In de thema's die voortkomen uit het Meldpunt Verspilling worden drie invalshoeken op (on)gepaste zorg belicht:

- Gepaste zorg thuis;
- Gepaste zorg in instellingen;
- Zorg voor passende zorg.

Voor de thema's gepaste zorg thuis en in instellingen bleek het niet mogelijk literatuur te vinden die de onderwerpen concreet genoeg behandeld. Daarom zijn deze thema's samengenomen en richt deze analyse zich op een gepaste hoeveelheid thuiszorg en op de overgang van thuiszorg naar institutionele zorg.

Gepaste zorg thuis en in instellingen

In Japan is in 2000 een volksverzekering voor langdurige zorg ingevoerd (Sato, Hashimoto, Tamiya, & Yano, 2006). Voor thuiszorg vergoed door deze verzekering moet een eigen bijdrage van 10% van de kosten betaald worden. Voor de invoering van deze verzekering was er een groep ouderen met een laag inkomen en weinig informele hulpbronnen die al thuiszorg kreeg. Zij hoefden in de oude situatie geen eigen bijdrage te betalen. Om het nieuwe beleid voor deze groep die al thuiszorg gebruikte enigszins geleidelijk in te voeren werd hun eigen bijdrage tot 2005 verlaagd tot 3% van de kosten. Tussen 2000 en 2005 was er dus sprake van een groep oude gebruikers met verlaagde eigen bijdrage (3%) en nieuwe gebruikers met standaard eigen bijdrage (10%). In een vergelijking van beide groepen blijkt dat zorggebruikers met verlaagde eigen bijdrage 1.53 keer zoveel thuiszorg gebruikten als zorggebruikers met de standaard eigen bijdrage. Het bedrag dat de gecompenseerde groep zelf bijdroeg was gemiddeld 0.70 van dat van de niet-gecompenseerde groep.

Hoewel deze maatregel niet het doel had zorggebruik te beperken tonen de resultaten aan dat er sprake is van vraagelasticiteit in gebruik van thuiszorg. Dit kan duiden op verspilling van middelen bij (te) ruime toegang. De auteurs plaatsen echter ook een aantal kanttekeningen bij de resultaten. Zo kan er een perverse prikkel uitgaan van niet-compenseren doordat cliënten eerder overgaan naar de geïnstitutionaliseerde, duurdere, zorg. Dit effect is niet toetsbaar in dit onderzoek. Ook over de kwaliteit van zorg of tevredenheid doet het onderzoek geen uitspraken. Tot slot moet niet vergeten worden dat de groep die eerder gecompenseerd werd wellicht ook een hogere zorgvraag heeft, omdat zij nu eenmaal minder hulpbronnen hebben.

Naast vraagelasticiteit is ook het moment van overgaan naar institutionele zorg relevant in dit verband. Thuiszorg is in veruit de meeste gevallen kosteneffectiever dan zorg in instellingen. Zo bleek uit Brits onderzoek dat circa 36% van de ouderen die verbleven in instellingen ook thuis geholpen hadden kunnen worden, tegen lagere kosten (Challis & Hughes, 2002). Het is daarom interessant te weten welke factoren eraan bijdragen dat mensen (willen) worden opgenomen in instellingen, in plaats van thuis te blijven met thuiszorg. Uit Canadees onderzoek blijkt dat mensen later op de wachtlijst geplaatst worden voor institutionele zorg wanneer het aanbod van thuiszorg in hun regio groter is (Kuluski, Williams, Laporte, & Berta, 2012). In deze context blijkt dus dat een beter (groter) aanbod in de thuiszorg als een substituut kan werken voor de zorgvraag in institutionele zorg.

Amerikaans onderzoek naar thuiszorg versus institutionele zorg (voor ouderen voor wie zorg zowel door Medicare als door Medicaid gedekt werd, de armste en kwetsbaarste ouderen van de VS) wees echter uit dat de balans tussen uitgaven aan beide zorgvormen niet eenvoudig te duiden is (Rice, Kasper, & Pezzin, 2009). Meer financiering voor thuiszorg kan ten koste gaan van de zorg voor geïnstitutionaliseerde patiënten bij begrensde middelen. De relatie tussen gepaste zorg in thuiszorg en zorg in instellingen is niet eenduidig. Thuiszorg en institutionele zorg moeten in balans zijn, waarbij thuiszorg een groot deel van de zorgvraag ondervangt en zo duurdere opnames in instellingen voorkomt. Waar die balans ligt en welke perverse prikkels uitgaan van schuiven met financiën en vergoedingen is niet goed vast te stellen. Het toewijzen van wie in aanmerking komt voor zorg in een instelling is een ongrijpbare taak voor wetenschappers en beleidsmakers (idem). Welke omvang de verspilling op dit gebied in Nederland heeft kan dan ook niet goed bepaald worden. Toch is uit onderzoek van KPMG Plexus op te merken dat kwaliteit en kosten in de thuiszorg in Nederland niet (sterk) samenhangen (KPMG Plexus, 2015). Voor thuiszorg van goede kwaliteit, zoals bijvoorbeeld geleverd door Buurtzorg, het primaire onderwerp van dit onderzoek, hoeft dus niet de hoogste prijs betaald te worden. Het rapport levert echter geen informatie over welke organisaties, naast Buurtzorg, eveneens hoge kwaliteit leveren tegen relatief lage kosten.

Passende zorg voor terminaal zieken

Terminaal zieken worden soms curatief behandeld terwijl nadruk op pijnbestrijding en comfort gepaster zou zijn. Dit is met name een belangrijk thema in relatie tot zorg voor (kwetsbare) ouderen. Het is echter ook een onderwerp waarnaar weinig empirisch onderzoek is uitgevoerd. In het boekje 'Over(-)behandelen, ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen' wordt op indringende wijze geïllustreerd hoe ouderen soms een waardig en gewenst einde onthouden wordt door hen maar te blijven behandelen (Boer, Verkerk, & Bakker, 2013). Dit boek maakt echter ook zichtbaar dat overbehandeling (van ouderen) niet altijd uitgemaakte zaak is: met de beperkte kennis vooraf is het vaak niet eenvoudig te beoordelen of verdere zorg ongepast is.

Ruim de helft van de niet plotseling overleden patiënten in Nederland werd in de laatste drie maanden voor het sterven overgeplaatst naar het ziekenhuis voor een korte of langere behandeling. Een derde van hen sterft in het ziekenhuis, terwijl bekend is dat het merendeel van de mensen het liefst thuis zou overlijden (Abarshi et al., 2010). Uit onderzoek blijkt dat huisartsen van mening zijn dat circa een kwart van deze opnames voorkomen kan worden (De Korte-Verhoef et al., 2014). Belangrijke strategieën

hiervoor zijn het bevorderen van communicatie tussen patiënt en huisarts en tussen zorgverleners onderling.

Een mogelijke ondersteuning hiervan kan Advance Care Planning (ACP) zijn. ACP is het proces waarbij de patiënt, in samenspraak met zijn omgeving, overlegt met zijn zorgverleners over zijn doelen in zijn resterende leven. Daarbij hoort ook het nadenken en spreken over wensen voor behandelbeslissingen in de laatste fase van zijn leven. Gedurende de periode tot het sterven wordt dit gesprek nog eens gevoerd, om de wensen aan te passen aan de situatie. Patiënten kunnen zich zo op voorhand uitspreken over hun houding ten aanzien van ingrijpende maar mogelijk levensverlengende ingrepen zoals reanimatie, beademing of juist over euthanasie. Uit de analyse van meerdere studies blijkt dat er sterke indicaties zijn dat ACP bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg aan het einde van het leven (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens, & van der Heide, 2014; Houben, Spruit, Groenen, Wouters, & Janssen, 2014). De communicatie tussen betrokkenen kan verbeteren. De uitvoering van ACP is echter complex, gesprekken worden niet altijd vaak genoeg herhaald. Ook heeft ACP geen aantoonbare invloed op symptomen of psychosociale factoren zoals depressie of angst.

Conclusie

Het onderwerp verminder ongepaste zorg is vanuit twee invalshoeken belicht: de gepaste verdeling tussen zorg thuis en in instellingen, en passende zorg voor terminaal zieken. De conclusie moet zijn dat hoewel er indicaties zijn dat de er sprake is van vraagelasticiteit voor thuiszorg, er onvoldoende aangrijpingspunten zijn om daadwerkelijke verspilling te benoemen of bestrijden. De overgang van thuiszorg naar institutionele zorg is bovendien een belangrijke omdat er aanwijzingen zijn dat met een groter aanbod van thuiszorg duurdere opnames in instellingen kunnen worden uitgesteld.

Ten aanzien van de benadering van terminaal zieken gaven we aan dat hoewel overbehandeling op de loer ligt, de verkenning die uitgevoerd is door Boer, Verkerk en Bakker ook aantoonde dat overbehandeling niet altijd op voorhand te duiden is (2013). Een mogelijkheid om de patiënt meer te betrekken bij de besluiten die genomen worden in de laatste levensfase is Advance Care Planning.

4.2 Verbeter het primair proces

Om het primaire proces van zorgverlening te verbeteren en verspilling terug te dringen onderscheiden we drie thema's:

- Het verbeteren van richtlijnen en protocollen in de langdurige zorg;
- Voorkom onnodige zorghandelingen;
- De verbetering van het primaire proces middels kwaliteitsverbetering en betere communicatie ed.

Deze thema's overlappen sterk: de veronderstelling is doorgaans dat waar meer volgens richtlijnen gewerkt wordt de kwaliteit van zorg toeneemt en overbodig handelen wordt teruggedrongen. Richtlijnen en protocollen verenigen het wetenschappelijk bewijs dat voorhanden is voor de behandeling/verzorging van een aandoening, zonder de professional teveel in zijn of haar bewegingsvrijheid te beperken. Daarom behandelen we deze thema's samen. Daarnaast wordt een tweetal nieuwe ontwikkelingen benoemd die wel relevant zijn voor dit thema maar nog nauwelijks belicht worden in de literatuur.

Evidence based werken in de langdurige zorg

De literatuur belicht een aantal onderwerpen op het snijvlak van verspilling, kwaliteit en het primaire proces in de langdurige zorg. Zorgprofessionals zijn niet altijd voldoende op de hoogte van de wetenschappelijke onderbouwing van hun werk. Mede hierdoor verrichten ze soms overbodige

handelingen die niet effectief zijn. Dit leidt tot overbodige zorg en onnodige kosten. Veel onderzoek naar dit onderwerp is gericht op artsen, maar ook de verpleging kan tijd en dus geld verspillen met overbodige handelingen. In de LZ ligt de nadruk op deze groep, omdat zij hier het leeuwendeel van het werk verzetten.
Diabetes is een veelvoorkomende aandoening in de langdurige zorg maar wordt niet altijd volgens richtlijnen behandeld. Dit komt mede doordat de zorgverleners op de werkvloer vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de richtlijnen en de noodzaak van de verschillende onderdelen daarvan. In een Amerikaanse studie waarin de verpleging nader geschoold werd over de behandeling van diabetes in de langdurige zorg werd gedurende drie jaar gemonitord welke invloed de scholing had op de behandeling van diabetespatiënten (Boyle, O'Neil, Berry, Stowell, & Miller, 2013). De resultaten van het project waren grotendeels positief, met een aantoonbare verlaging in het aantal hypo's (te lage bloedsuikerspiegel) en hyper's (te hoge bloedsuikerspiegel). Bijscholing van de verpleging kan dus de kwaliteit van zorg verbeteren. Door een hogere kwaliteit van de verzorging neemt het aantal complicaties en daarmee de kosten af.

Het stimuleren van werken volgens de richtlijnen is geen eenvoudige taak. In 2012 kwam een geüpdate Cochrane review uit (het origineel werd in 2000 gepubliceerd) waarin de kennis over het bevorderen van evidence based practice (EBP) in de verpleging gebundeld is (Flodgren, Rojas-Reyes, Cole, & Foxcroft, 2012; Foxcroft & Cole, 2000). Uit deze review komt naar voren dat er twee belangrijke barrières zijn om EBP in de verpleging te doen toenemen: verplegend personeel heeft niet voldoende invloed om de gebruikelijke gang van zaken blijvend te veranderen en er is onvoldoende kennis van de huidige stand van wetenschap aanwezig. Daarom zijn organisaties heel belangrijk: zij kunnen verbeteringen faciliteren en hebben de macht die het individu niet heeft. Zij kunnen bijscholing organiseren. Uit de oorspronkelijke Cochrane review blijkt echter dat er geen studies waren die voldeden aan de kwaliteitseisen. De geüpdate review includeerde 1 studie, waaruit bleek dat de interventie gericht op het bevorderen van EBP geen aantoonbaar resultaat opleverde (Flodgren et al., 2012). De conclusie van beide reviews is dat er meer onderzoek van goede kwaliteit verricht moet worden om EBP in de verpleegpraktijk te kunnen bevorderen.

Lean management

Een veelvoorkomende term over de organisatie van zorg, verspilling en kwaliteitsverbetering is *lean management*. In de langdurige zorg is *lean management* nog niet geëvalueerd. Een andere relevante maar nieuwe ontwikkeling zijn de 'do not do' directives van NICE[c] en de 'Choosing Wisely'[d] en 'Verstandig Kiezen'[e] campagnes in de VS en in Nederland. Deze zijn echter vooralsnog vooral gericht op de curatieve zorg.

Lean management is een nieuwe methodiek binnen de zorg. *Lean management* is afkomstig uit de auto-industrie en richt zich op het zo efficiënt mogelijk inrichten van de productieketen door bij elke stap te denken: '*what value is being produced?*' (Campbell, 2009). Als een stap in het proces geen waarde toevoegt voor de eindgebruiker wordt die stap aangepast of verwijderd. Zo draagt *lean thinking* bij aan efficiëntere productie, grotere klanttevredenheid en minder verspilling van geld en grondstoffen. Binnen de zorg is vooral ervaring opgedaan met deze manier van werken in de curatieve zorg, maar hier is sprake van variëteit in de opvatting en toepassing van de verschillende onderdelen (Lawal et al., 2014). Rouppe van der Voort et al. illustreren welke stappen gezet moeten worden voor *lean* werken in ziekenhuizen aan de hand van een drietal toepassingen (Rouppe van der Voort, Van Merode, & Veraart, 2013). Over het

[c] https://www.nice.org.uk/guidance/cg137/resources/search-the-nice-do-not-do-recommendations-database

[d] http://www.choosingwisely.org/

[e] http://www.kwaliteitskoepel.nl/verstandig-kiezen/

succes van *lean management* kunnen nu geen onderbouwde uitspraken gedaan worden, maar de ervaring in individuele projecten is veelal positief.

Verstandig kiezen

In de 'choosing wisely' campagne in de VS identificeren deskundigen behandelingen die regelmatig door hun beroepsgenoten worden uitgevoerd maar waarvan de effectiviteit (soms bij een specifieke subgroep patiënten) niet is aangetoond. De Nederlandse 'Verstandig Kiezen' campagne sluit hierop aan. Het doel van deze campagnes is om veelgebruikte maar niet nuttige verrichtingen terug te dringen en zo de kwaliteit van de zorg te verhogen en de kosten te verlagen. De 'do not do' aanbevelingen van het Engelse NICE bouwen hierop voort. Hierin wordt medici afgeraden bepaalde verrichtingen (in een bepaalde context) uit te voeren.

Deze ontwikkelingen richten zich vooralsnog alleen op de curatieve zorg. Het zou echter ook heel veel belovend kunnen zijn door een dergelijke bril naar de langdurige zorg te kijken. Dan kan bijvoorbeeld meer aandacht gegeven worden aan patiëntpreferenties middels *Advance Care Planning*. ZonMw heeft hier vast een voorschot op genomen door in kaart te brengen welke kostenbesparende interventies zij zagen in de onderzoeken die uitgevoerd zijn binnen het thema Doelmatigheid(ZonMw, 2009). Het rapport concludeert dat er met name veel kostenbesparingen zijn te realiseren door de arbeidstijd te verminderen in de langdurige zorg door innovaties zoals verzorgend wassen, domotica of zorgroutes in the voeren.

Conclusie

Bij het thema 'verbeter het primair' kwamen verschillende onderwerpen aan bod. Zo is gekeken naar literatuur over het bevorderen van werken volgens de richtlijn in de verpleging. Hieruit blijkt dat organisaties hier een grote invloed op hebben omdat individueel personeel niet over voldoende kennis beschikt en niet in staat is de organisatie zelf te veranderen. Er is echter onvoldoende onderzoek verricht om te kunnen stellen welke stappen organisaties moeten zetten. In de toekomst kunnen nieuwe ontwikkelingen in *lean management* in de langdurige zorg en de Verstandig Kiezen opties (toegepast op de langdurige zorg) hier wellicht een ontwikkeling in stimuleren.

4.3 Verminder het weggooien van voedsel

Van de niet-zorginhoudelijke thema's is het verminderen en vermijden van voedselverspilling het eerste dat aan bod komt. De voedselverspilling in Nederlandse zorginstellingen wordt op 30% tot 40% geschat (Van Delft, 6 juni 2014). Dat verspilt grondstoffen en geld maar kan ook de gezondheid van patiënten schaden doordat zij niet voldoende voedingsstoffen binnenkrijgen. Bovendien zijn de maaltijden voor veel mensen normaal gesproken een prettig moment van de dag. Onsmakelijk voedsel dat niet wordt opgegeten draagt daar niet aan bij.

Hoe groot het verbeterpotentieel is om voedselverspilling te verminderen en welke monetaire winst daarbij te behalen valt is niet eenvoudig te duiden. Niet alle verspilling is vermijdbaar. Schattingen lopen dan ook uiteen. Naast een eigen berekening in box 1 lichten we er daarom een aantal uit.

In de curatieve zorg zijn meer onderzoeken uitgevoerd naar de beperking van voedselverspilling dan in de langdurige zorg. Zo toonde de afdeling Food & Biobased research van de Wageningen UR aan dat in het Rijnland ziekenhuis gemiddeld 38,7 kg (30%) per dag werd weggegooid in september/oktober 2011 (Snels & Soethoudt, 2012). Om dit tegen te gaan is het Rijnland ziekenhuis gestart met vermindering van voedselverspilling en de verbetering van de maaltijdkwaliteit naar voorbeeld van het Maxima Medisch Centrum.

Tabel 2. Overzichtstabel van besproken interventies					
Thema	**Interventie**	**Kwalitatieve impact**	**Kwantitatieve impact**	**Kwaliteit bron**	**Opmerkingen**
Gepast gebruik – zorg thuis	Subsidie ter compensatie voor eigen betalingen voor thuiszorg in Japan (overgangsregel)	Onbekend	De groep met compensatie gebruikt 1.53 maal meer thuiszorg dan de groep zonder compensatie	A+	Prijselasticiteit van zorg geeft een indicatie voor verspilling, maar doet geen uitspraken over gepast gebruik
Gepast gebruik – thuis en in instellingen	Onderzoek naar de samenhang tussen gebruik van institutionele en thuiszorg in regio's	Onbekend	In regio's waar minder thuiszorg beschikbaar is, is het functieniveau van mensen op de wachtlijst voor institutionele zorg hoger	A+	Thuiszorg en instutionele zorg zijn (deels) communicerende vaten, maar de juiste verhouding is niet eenvoudig vast te stellen
Gepast gebruik – passende zorg	Over(-)behandelen bij kwetsbare ouderen	Zonder overbehandeling een waardiger einde	Onbekend	B	Wat overbehandeling is ligt niet op voorhand vast
Gepast gebruik – passende zorg	Analyse van *Advance Care Planning*	De gegeven zorg in de laatste levensfase komt meer overeen met de wensen van de patiënt	Onbekend	A+	De uitvoering van ACP is in de meeste onderzoeken verre van perfect. Daar is nog ruimte voor verbetering
Primaire zorg – verbeter zorg voor diabetici	Scholingsprogramma voor verpleging, drie jaar follow-up	De zorg voor patiënten met diabetes verbeterde significant	Onbekend	A+	Het onderzoek wist maar weinig data te genereren, hoe betrouwbaar de uitkomsten zijn is dus onduidelijk
Verminder voedselverspilling	Màx á la Carte	Patientwaardering steeg van een ruime 6 naar een 8	Kosten per maaltijd daalden (van €5,73 naar €3,92), verspilling van voedsel werd teruggedrongen van (36-48% naar 2.2%)	C	Voorbeeld uit de curatieve zorg

Het Máxima Medisch Centrum is met Màx á la carte gestart met een nieuwe uitserveermethode (Snels & Wassenaar, 2011). In deze manier van werken gaan voedings-assistentes met speciale karren de afdelingen op en stellen zij aan het bed, samen met de patiënt, een maaltijd samen uit de opties van die dag. De ervaring leert dat patiënten met meer smaak eten en vaker hun bord leegeten. De verspilling van voedsel nam af van 36 tot 48% naar gemiddeld 2.2%. De prijs van een maaltijd daalde van €5,73 naar €3,92, en patiëntwaardering steeg van een ruime 6 naar een 8.

Een voorbeeld uit de *care* is Verpleeg- en verzorgingstehuis Meerweide uit Rotterdam. Begeleid door stichting Diverzio wisten zij hun voedselverspilling met 30% terug te dringen[f]. Diverzio is een stichting die zich richt op gezond & duurzaam eten en drinken voor instellingen (http://www.diverzio.nl/). Diverzio komt 'uit de keuken' van de St. Maartenskliniek in Nijmegen, waar kok Jelle Ferwerda sinds 7 jaar de scepter zwaait[g]. Om meer inzicht te krijgen in de methoden en praktijk van Diverzio is in hoofdstuk vijf een uitwerking van hun werkwijze opgenomen bij de praktijkvoorbeelden.

Concluderend kan gesteld worden dat voedselverspilling een omvangrijk probleem is in de Nederlandse zorg, hoewel over het bedrag dat hiermee gemoeid is, hoewel significant, nog weinig valt te zeggen.

Box 1. Indicatie verspilling van middelen aan voeding in VVT

De DigiMV[a] database bevat voor alle uit de Zvw/AWBZ bekostigde langdurige zorginstellingen in Nederland welke kosten zij maken per jaar. Wij hebben deze dataset geanalyseerd op het gebied van voedings- en hotelmatige kosten. De praktijkvariatie tussen instellingen is groot. Een deel van de instellingen heeft de uitgaven op deze post niet ingevuld (vermoedelijk zijn deze kosten onder de algemene kosten gerekend). De berekening is uitgevoerd op de 360 Verplegings-, verzorgings en thuiszorginstellingen (VVT) die een percentage hoger dan 0% uitgaven aan voeding en hotelmatige kosten. In 2013 besteedden de instellingen hier gemiddeld 6.3% van hun omzet per jaar aan (standaardafwijking: 2,6%). We kunnen becijferen dat de helft van de instellingen die boven dit gemiddelde scoorde gezamenlijk meer dan 86 miljoen euro uitgaven dan zij zouden hebben gedaan als ze gemiddeld scoorden.

We weten niet in hoeverre de berekende kosten een indicatie geven voor daadwerkelijke verspilling van voedsel. De cijfers moeten met terughoudendheid geïnterpreteerd worden. Het geeft geen inzicht in kwaliteit van de maaltijden of hoeveel voedsel weggegooid wordt. Bij voeding is vaak sprake van een trade-off tussen prijs en kwaliteit, dus als een zorginstelling een hogere prijs betaalt voor kwalitatief beter voedsel, dat bewoners meer waarderen, dan is hier niet zonder meer sprake van verspilling. Een ander aandachtspunt zijn de hotelmatige kosten die ook in dit bedrag gevangen zijn. Deze hotelmatige kosten maken grofweg tot tweederde van het totale bedrag uit (Verhoeven, Van Roest, Van Ruijven, & De Wit, 2013). Dat in aanmerking nemend daalt het bedrag dat eventueel bespaard kan worden nog meer.

Gegevens over hoeveel voedsel instellingen weggooien zou informatiever zijn, maar over dergelijke gegevens beschikken we niet. Wat dit bedrag van meer dan 86 miljoen euro wel aanduidt is dat er variatie is tussen instellingen in de uitgaven die zij doen aan voedsel (en hotelmatige kosten). Vermoedelijk is een deel van die variatie verspilling. Vervolgonderzoek kan uitwijzen welk deel dat is. Dit vervolgonderzoek kan beter kwalitatief worden ingestoken, door ook aandacht te besteden aan cliëntervaringen en de kwaliteit van het voedsel, dan enkel cijfermatig en financieel te kijken.

---

[a] Voor de berekening van de vergelijkingscijfers voor de benchmark en de analyse is gebruik gemaakt van de jaarrekeningen 2012 zoals aangeleverd in de web-enquête DigiMV. Zorgconcerns die geheel of gedeeltelijk gefinancierd worden uit de Zvw/AWBZ moeten sinds 2007 elk jaar verantwoording afleggen over de manier waarop zij hun geld besteden. Die verantwoording doen ze aan de hand van het 'Jaardocument Zorginstellingen', dat door het CIBG wordt verzameld. Het Jaardocument bestaat uit drie onderdelen: het 'Maatschappelijke verslag', kwantitatieve variabelen en een (model)jaarrekening. Bron: CBS Centraal Bureau voor de Statistiek | Financiële kengetallen zorginstellingen 2012.

[f] http://www.gastvrijezorg.nl/nieuws/zo-pak-je-voedselverspilling-succesvol-aan-20356

[g] Zie bijvoorbeeld het filmpje over Jelle Ferwerda bij het televisieprogramma Melk en Honing: https://www.youtube.com/watch?v=Uu2L1QQOUo0

4.4 Verminder administratieve lasten en overhead

Het vierde thema is de vermindering van verspilling in administratieve lasten en overhead. De administratieve lasten en overhead van instellingen worden vaak gezien als het vet van de organisatie. Vet dat wel wat minder mag. Overhead (de kosten die een organisatie maakt voor de eigen organisatie) is echter moeilijk te definiëren, zeker in organisaties waar de scheidslijn tussen de taak die de organisatie vervult en de organisatie van die taak onscherp is. Dit is het geval in zorginstellingen en veel andere publieke organisaties: zorginstellingen hebben als taak te zorgen voor hun patiënten, maar die zorg bestaat ook voor een deel uit administratieve taken. Zoals het bijhouden van de cliëntrapportage, patiënt-tevredenheidsonderzoek, roostering etc. Organisaties waarin een deel van deze taken uitgevoerd wordt door het verpleegkundig personeel lijken een lage overhead te hebben, maar hoeven niet efficiënter te zijn dan organisaties die hiervoor administratief personeel in dienst hebben. Kortom: het is niet goed inzichtelijk te maken welke overhead organisaties hebben en wat daarbij het optimale businessmodel is. Dit probleem is ook weerspiegeld in de eerdergenoemde DigiMV data, waaruit niet is op te maken welke overhead instellingen hebben[h].

Actiz becijferde voor 2013 dat de overhead 12% van de omzet bedroeg in de intramurale zorg, 15% bij zorg thuis betaald uit de AWBZ en 11% bij zorg thuis uit de WMO (Actiz, 2011). Het gemiddelde voor de branche is 13,4% in dit jaar. Hoe Actiz overhead in 2011 definieerde en becijferde wordt niet duidelijk. Voor 2014 geeft Actiz alleen een overheadpercentage voor de hele sector van 12,6% (Actiz, 2014). De definitie voor overhead is dan wel bekend, maar hoe dit is uitgerekend blijft onduidelijk[i]. De kosten voor overhead lijken iets gedaald te zijn.

Een benadering die meer inzicht geeft in de administratieve lasten van instellingen is de tijd die het personeel doorbrengt met de cliënten. In een quickscan van KPMG Plexus bij de Haarlemse stichting St. Jacob bleek dat het personeel van deze VVT–instelling gemiddeld slechts 54% van hun tijd doorbrachten in direct contact met cliënten (Hogeschool Utrecht, 2012). St. Jacob is er actief op ingesprongen om dit percentage te verhogen. Met workshops, monitoring en het bevorderen van de bewustwording is dit percentage nu gestegen naar 74%, wat aangeeft dat er wel degelijk mogelijkheden zijn om de tijdbesteding op de werkvloer te verbeteren.

Een andere insteek op dit onderwerp is het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) dat VWS en Actiz samen uitvoerden. De evaluatie van dit experiment laat een aantal interessante uitkomsten zien (bureau hhm, 2014). Ten eerste hebben de betrokken organisaties een cultuuromslag doorgemaakt, ‘naar ontzorgen’. Dit houdt in dat de medewerkers meer uitgaan van de zelfredzaamheid van de cliënten in plaats van ‘automatisch’ aan te sluiten met de dingen waarop de cliënt recht heeft op basis van de indicatie. Die cultuuromslag wordt ervaren als onomkeerbaar. Ten tweede zijn de zorgprofessionals meer ‘in hun kracht gezet’ en neemt hun handelingsvrijheid toe. Het gevolg hiervan is dat veel instellingen ervaren dat er nu minder zorg noodzakelijk blijkt. Echter, de administratieve lasten zijn niet afgenomen en soms zelfs toegenomen. Dit komt deels doordat het bestaande systeem niet goed aansluit bij de vormgeving van het experiment. De evaluatie van het experiment door de betrokken instellingen is desalniettemin positief.

---

[h] Personeelskosten worden als geheel geboekt (niet naar functie) dus daar valt niet uit op te maken hoe groot de overhead is. Energiekosten konden we wel berekenen: dit is gemiddeld 1.8% van de omzet in 2013 (SD: 1.1%), n341. De duurste helft betaalt gezamenlijk ruim 20 miljoen meer aan energiekosten dan ze zouden betalen als ze gemiddeld scoorden. Bij een gezonde organisatie hoort natuurlijk ook een gezonde bedrijfsvoering op energiekosten ed.

[i] De overhead is als volgt gedefinieerd: management en staf: de personeelskosten van de Raad van Bestuur / directie, de medewerkers die werkzaam zijn op het directiesecretariaat, beleidsmedewerkers, medewerkers innovatie, medewerkers kwaliteit; de personeelskosten van medewerkers die werkzaam zijn op de afdeling P&O; de personeelskosten van medewerkers die werkzaam zijn op de afdeling administratie (waartoe ook de cliëntadministratie, de salarisadministratie, de afdeling control en het bedrijfsbureau worden gerekend); de automatiseringskosten; de kosten van algemene ondersteuning; dotatie/vrijval voorzieningen (saldo) (p.43 Actiz, 2014).

Of overhead werkelijk het vet op de begroting van zorginstellingen vertegenwoordigt, is dus nog de vraag. De relatie tussen overhead (op de jaarrekening) en administratieve belasting op de werkvloer is niet eenduidig. Croonen en Maassen berekenden bovendien dat de loonkosten voor zorgverlening in de periode 2002-2008 veel sterker stegen dan de loonkosten voor overhead (Croonen & Maassen, 2012). Bovendien is het door creatief te schuiven met taken en functies mogelijk de overhead van een organisatie kunstmatig omlaag te brengen, zonder aan effectiviteit te winnen (Huijben & Geurtsen, 2003).

Concluderend kunnen we dan ook niet zeggen dat eenzijdig schaven aan overhead (op de jaarrekening) gegarandeerd verspilling verminderd. Eerst moet goed overwogen worden welke administratieve taken wel en niet noodzakelijk zijn. Niettemin, ervaringen tonen aan dat er efficiënter en goedkoper gewerkt en georganiseerd kan worden.

4.5 Dring fraude terug

Fraude is misschien wel de meest aansprekende soort verspilling in de zorg. Binnen dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt in algemeen fraudebeleid en in drie specifieke vormen van fraude binnen de langdurige zorg:

- Dring fraude terug
- Dring fraude met het persoonsgebonden budget (pgb) terug
- Dring oneigenlijk gebruik van het mantelzorgcompliment terug
- Voorkom up-coding

Voor zowel het pgb als het mantelzorgcompliment zullen met de transities van de Zvw naar de Wmo grote verandering optreden in het volgende kalenderjaar. Daarom houden we de informatie over deze twee thema's beknopt.

Dring fraude terug

Een eerste belangrijke stap bij het tegengaan en becijferen van fraude is de definiëring ervan. In een kamerbrief uit maart dit jaar over twee recent verschenen rapporten over fraude binnen de zorg definieerde minister Schippers zorgfraude als volgt: *Zodra er niet aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan is er sprake van onrechtmatigheid; is er daarnaast opzet in het spel en wordt er geldelijk of ander gewin mee behaald, dan is er sprake van fraude* p. 1 (Kamerbrief 334065-117893-Z, march 20, 2014). Deze definitie maakt een belangrijk onderscheid tussen onbewust frauduleus handelen, wat niet per se gunstig hoeft uit te pakken voor de 'fraudeur', en bewust frauderen. In de praktijk is het lastig onderscheid te maken tussen beide vormen, wat de opsporing en aanpak van fraude bemoeilijkt (Nederlandse zorgautoriteit, 2013).

De precieze omvang van fraude binnen de Nederlandse (langdurige) zorg is onbekend. Schattingen lopen uiteen. De Algemene Rekenkamer volgt een schatting van het burgerinitiatief "één overheid", die de fraude in de zorg op 2 a 3 miljard per jaar schat[j]. Dit is een inschatting voor de hele zorg. Een belangrijk deel van de curatieve zorg wordt vergoed via de zorgverzekeraars. NZa berekende dat verzekeraars per jaar ongeveer 80 miljoen euro teveel betalen voor huisartsenzorg, mondzorg, farmacie en GGZ (Nederlandse zorgautoriteit 2013). In hetzelfde rapport benoemt de NZa de verschillende fraudevormen waarvan sprake kan zijn, variërend van spookfraude (er is geen zorg verleend maar er wordt wel gedeclareerd) tot ongepast gebruik (er wordt meer zorg verleend dan noodzakelijk. Onderstaande tabel is afkomstig uit dit rapport.

[j] http://verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl/2013/rijksbreed/themas/fraude/geen-harde-cijfers-over-omvang-fraude-wel-schattingen

Fraude in de zorg is een belangrijk probleem en staat hoog op de agenda van de minister (Kamerbrief 334065-117893-Z march 20, 2014). Vooralsnog is echter nog veel onduidelijkheid over de totale omvang van de fraude, evenals over de specifieke omvang ervan binnen delen van de zorg. Ondanks dat veel initiatieven zijn ondernomen is er nog geen goed overzicht[k]. Er kan dan ook geen uitsluitsel worden gegeven over de totale omvang van fraude in de langdurige zorg. Wel gaan we in op drie vormen van mogelijke zorgfraude: 1) fraude met persoonsgebonden budgetten, 2) met het mantelzorgcompliment en 3) upcoding.

Tabel 3. Fraudescenario's

Categorie	Patiënt	Behandeling	Declaratie
Spookzorg	Niet gezien	Niet geleverd	Frauduleuze claim
	Gezien	Niet	Frauduleuze claim
Onverzekerde zorg	Gezien	Onverzekerde zorg	Frauduleuze claim
Declaratie-overtredingen	Gezien	Gepaste zorg	Dubbele claim
	Gezien	Gepaste zorg	Dubbele bekostiging
	Gezien	Gepaste zorg	Dubbele bekostiging
	Gezien	Gepaste zorg	Opknippen
Fraude tegen of om de patiënt	Bijbetaling	Gepaste zorg	Correct
	U-bocht	Gepaste zorg	Opknippen, dubbele bekostiging
	Vergoeding	Gepaste zorg	Correct
Ongepast gebruik	Gezien	Overbehandeling	Correct, maar onnodig hoog
	Gezien	Onderbehandeling	Correct, maar onnodig laag

Bron: Malcolm Sparrow, '*License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System',* Basics Books, 2000 in: (Nederlandse zorgautoriteit 2013)

Dring fraude met het pgb terug

Met enige regelmaat berichten de media over grote fraudezaken met persoonsgebonden budgetten waarbij meer personen of zelfs hele instellingen betrokken zijn (De Volkskrant, june 26, 2014). In dergelijke zaken gaan grote bedragen om maar ze zijn tegelijkertijd betrekkelijk zeldzaam. Hoe groot het bedrag is dat omgaat in de meer kleinschalige fraude is onbekend. De NZa toonde voor 2012 1,6 miljoen euro fraude aan, onder slechts 0,08% van de pgb-gebruikers (Algemene Rekenkamer, 2013). De omvang van de fraude op het totale niveau blijft dus onduidelijk. De opsporing van fraude met pgb's is bovendien kostbaar omdat opsporing veel mankracht vergt. Aan een fraudezaak besteedt de Inspectie SZW gemiddeld 4.000 uren (idem). Het totale aantal gevallen dat hiermee kan worden opgespoord blijft door budgettaire beperkingen dus zeer beperkt. Naast bewuste fraude wijst de Algemene Rekenkamer op de mogelijkheid van onbewuste fraude: gebruikers realiseren zich niet dat ze onrechtmatig zorg gebruiken/inkopen. Daarom raadt de Rekenkamer aan meer aan voorlichting te doen, zodat gebruikers beter weten welke rechten en plichten ze hebben.

Dring oneigenlijk gebruik van het mantelzorgcompliment terug

Bij oneigenlijk gebruik van het mantelzorgcompliment is het onderscheid tussen instellingen en particulieren van belang. Particulieren kunnen een mantelzorgcompliment aanvragen voor hun

[k] http://verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl/2013/vws/bedrijfsvoering/focus-nodig-aanpak-zorgfraude-0

mantelzorger. Zorgbemiddelingsbureaus kunnen ook een aanvraag doen, ook voor mensen die geen mantelzorg verlenen (Smit & Van der Werf, 2012). In welke omvang dit oneigenlijk gebeurd, dat wil zeggen dat er complimenten worden aangevraagd zonder dat zorg is verricht, is onbekend. Met de transitie van de AWBZ naar de Wmo wordt het formele mantelzorgcompliment afgeschaft. Gemeenten kunnen dan zelf bepalen of en hoe zij vorm geven aan het mantelzorgcompliment.

Voorkom upcoding

Upcoding kan een vorm van fraude zijn. Het CIZ definieert upcoding als volgt:

> *De geobjectiveerde zorgbehoefte van de cliënt komt blijkens toetsing door het CIZ niet overeen met de inhoud van het door de zorgaanbieder aangevraagde indicatiebesluit. Op het moment van het besluit is er een andere aanspraak, namelijk een lagere klasse, een andere ZZP of een andere functie of er is geen aanspraak.* p.4. (Centrum Indicatiestelling Zorg, 2013).

Er is sprake van fraude als de upcoding bewust is uitgevoerd met als doel er financieel bij te winnen. Het CIZ heeft een onderzoek uitgevoerd naar upcoding zonder daarbij onderscheid te maken tussen fraude en niet-fraude. Hiertoe is een aselecte steekproef van 202 indicaties nagelopen. Deze indicaties waren allemaal door de instellingen zelf vastgesteld en ingediend bij het CIZ (gemandateerde indicatiestelling). Gemiddeld kwam slechts 69% van de indicaties overeen met de indicatie die het CIZ ook zou stellen. In 23% van de gevallen was sprake van upcoding. In 8% van de gevallen was juist een lagere indicatie gesteld dan het CIZ zou doen. Het is niet mogelijk uit dit onderzoek conclusies te trekken over het bedrag dat onrechtmatig verkregen zou zijn omdat indicatiestelling en declaraties zich niet één op één tot elkaar verhouden. Wel trekt het CIZ uit deze bevindingen de conclusie dat de gemandateerde indicatiestelling strenger gecontroleerd moet worden (Centrum Indicatiestelling Zorg, 2013). Als gevolg van dit onderzoek is bij 26 instellingen, voornamelijk in de VVT, het mandaat afgenomen (Zorgvisie, 2014).

Conclusie over het thema fraude en afsluiting van het hoofdstuk

Enige verdieping in het thema fraude en upcoding toont aan dat verspilling op dit gebied zich vermoedelijk zeker voordoet, maar dat tegelijkertijd het tegengaan daarvan nog niet zo eenvoudig is. Het staat niet vast wat precies bewuste fraude is en wat, door onbegrip of een fout, onbewuste fraude. Dit leidt feitelijk tot de onbevredigende conclusie dat er gegronde reden is om aan te nemen dat er verspilling plaatsvindt in de langdurige zorg als gevolg van fraude, maar dat de omvang van deze verspilling of een succesformule om deze verspilling tegen te gaan ongewis blijven. In het hoofdstuk conclusie en discussie wordt ingegaan op de generieke lessen die te trekken zijn uit deze resultaten.

5. Praktijkervaringen met het tegengaan en voorkomen van verspilling

Naast het verrichte literatuuronderzoek is contact opgenomen met een tweetal organisaties die zich inzetten om de doelmatigheid van de zorg te bevorderen en zo verspilling te verminderen of te voorkomen. Er zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van Diverzio en Focus Cura. Diverzio is een stichting die zich richt op het terugdringen van voedselverspilling in de zorg (www.diverzio.nl). Focus Cura heeft ten doel door middel van technologische interventies te bevorderen dat ouderen langer thuis kunnen wonen (www.focuscura.nl). Gerelateerd aan de indeling van de thema's in verspilling nu/voorkom verspilling en zorginhoudelijk/niet-zorginhoudelijke van de eerste deelvraag is het werk van Diverzio in te delen in het kwadrant Verspilling nu/niet-zorginhoudelijk. Het werk van Focus Cura bevindt zich op de 'voorkom verspilling' helft van het kwadrant en kan zowel zorginhoudelijk (bevorder zelfredzaamheid) als niet-zorginhoudelijk (stimuleer gebruik ICT) opgevat worden. Hieronder zijn de ervaringen van deze ervaringsdeskundigen samengevat.

Voedselverspilling in de langdurige zorg

Stichting Diverzio helpt gezond, smakelijk en duurzaam eten en drinken beschikbaar te maken voor patiënten, bewoners, professionals en bezoekers in instellingen van zorg, welzijn, verpleging, overheid en onderwijs . Diverzio is gebaseerd op de ervaringen van Jelle Ferwerda in de Sint Maartenskliniek in Ubbergen. Met zijn aanpak wist hij de voedselverspilling in de Sint Maartenskliniek terug te dringen naar 1-3%. Samen met Koen Nouws Keij richtte Ferwerda stichting Diverzio op om andere instellingen te helpen. Diverzio richt zich niet specifiek op de langdurige zorg, maar voert wel projecten uit in instellingen uit de langdurige zorg. Maartje Vervuurt is project manager bij Diverzio en licht de werkwijze van Diverzio voor ons toe.

Bij Diverzio staan kwaliteit, verse (streek)producten en maatwerk voorop. Afhankelijk van de wensen van de instelling is de aanpak flexibel. Er wordt begonnen met een nulmeting. Aanvullend kunnen we twee weken lang heel precies bijhouden wat er geproduceerd wordt aan voedsel en wat wordt weggegooid. Vervuurt: "*We hebben binnen Diverzio allemaal onze specialismen. Jelle Ferwerda kijkt in de keuken en ziet daar direct hoe processen beter kunnen. Koen Nouws Keij is gespecialiseerd in ketenmanagement en de financiële kant en kan een instelling voorrekenen hoeveel een maaltijd kost. Mijn taak is om de procesaudits te doen en in kaart te brengen wat en waar verspild wordt. Dit brengen we samen in een rapportage waarin ook de verbeterpunten benoemd worden.*" De uitkomsten van de nulmeting zijn vaak confronterend, maar dit proces van bewustwording doet vaak al heel veel voor het gedrag van de betrokkenen: "*Je ziet veel in de spoelkeuken, het is jammer dat mensen van het management daar zo weinig komen. Je ziet bijvoorbeeld wat voor groente mensen niet lekker vinden. Bijvoorbeeld de Mexicomix, die werkt eigenlijk nergens, omdat mensen dat niet kennen. Vooral in de ouderenzorg is herkenbaarheid belangrijk.*"

In langdurige zorg instellingen doen zich andere problemen voor dan in ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben voornamelijk kortdurende opnames en specifieke ziektebeelden. "*In ziekenhuizen kun je per afdeling op ziektebeeld ingaan op wat je zou kunnen aanbieden. Bijvoorbeeld vaker op een dag kleinere porties aanbieden aan kankerpatiënten, zoals ze doen in het Radboudumc. Voor oudereninstellingen is dat anders. Daar heb je structureel de verantwoordelijkheid dat mensen goed eten; ondervoeding speelt*

daar veel sterker dan in ziekenhuizen." In langdurige zorginstellingen is de doelgroep constant. "*Daar kun je meer structurele dingen doen, door bijvoorbeeld goed te kijken naar de menucyclus. Wat loopt niet, wat vinden mensen niet lekker? Hoe kun je het anders aanbieden? Wat is de portiegrootte per product? Door in te zetten op streekproducten stimuleer je het verhaal en de beleving van het eten. Je kunt de maaltijdbeleving hiermee echt verbeteren .*"

De kwaliteit van de maaltijden kan flink verbeteren door de methoden van Diverzio toe te passen, maar ook financieel is winst te behalen. Omdat er veel meer langdurige instellingen zijn dan ziekenhuizen valt hier veel te verbeteren. Instellingen weten vaak niet precies hoeveel geld zij werkelijk uitgeven aan voedsel: *"We helpen zorginstellingen vaak met het verkrijgen van inzicht in hun financiën. Want hoeveel kost dat nu eigenlijk, een warme maaltijd per persoon? Of in totaal? En hoe kun je dat terugrekenen? Om dat op een rijtje te zetten is vaak al heel prettig voor instellingen."* Niet alleen de inkoopkosten zijn belangrijk maar de hele productieketen moet worden meegewogen: "*Als je de integrale kosten bekijkt en ook de handelingskosten meeneemt, zoals de afvalverwerking en de personeelskosten, dan zie je dat als je de productie en de uitgifte efficiënter inricht je echt kosten kunt besparen. Het is helemaal mooi als je die besparing kunt herinvesteren in eten en drinken"*. Afhankelijk van het doel van de instelling adviseert Diverzio over verbetermogelijkheden. Dat kan het verminderen van de verspilling an sich zijn, maar ook bijvoorbeeld het verbeteren van de smaak, presentatie en de ervaren gastvrijheid. Verminderen van verspilling is dan een bijkomend voordeel. Diverzio helpt ten minste het laaghangend fruit te plukken: *"Als je als instelling vijf grote containers buiten hebt staan en je kunt eigenlijk met de helft daarvan toe, dan is dat makkelijk besparen natuurlijk."*

Het is een uitdaging om in instellingen vanuit de doelgroep te denken : "*Het is voor koks soms moeilijk om niet vanuit hun eigen perspectief te denken. Maar afstemming op de doelgroep is juist heel belangrijk, zowel voor de koks als voor de voedingsassistenten."* Vervuurt merkt dat het onderwerp steeds meer op de agenda van zorginstellingen komt te staan. Instellingen zijn soms wat huiverig: "*Soms lijkt het tegenstrijdig omdat je in het begin moet investeren. Bijvoorbeeld in betere en duurdere producten, door biologische producten uit de buurt in te kopen. Maar als je tegelijkertijd goed op prognose kookt en precies maakt wat je nodig hebt spaar je per saldo geld uit."* Ter illustratie wijst Vervuurt op een onderzoek uitgevoerd door het Lious Bolk instituut bij Woonzorgcentrum Insula Dei Huize Kohlmann, in Arnhem[1] (Boers, Huber, van Apeldoorn, van de Vijver, & Jong, 2013). In deze langdurige zorginstelling werd een nieuw voedingsconcept ingevoerd dat gebaseerd is op biologische streekproducten en ambiance rond de maaltijden. In de evaluatie bleek dat het nieuwe maaltijdconcept beter gewaardeerd werd door de bewoners en dat het risico op ondervoeding afnam. Voor vrouwen daalde dit risico van 6.1% naar 5%, voor mannen zelf van 13% naar 0%. Daarnaast namen de verstrekkingen van aanvullende verrijkte diëten en dieetproducten sterk af. Dit onderzoek rept niet over kosten, maar de uitkomsten onderschrijven wel dat bewuster omgaan met maaltijden in instellingen vele voordelen kent.

Uiteindelijk dient deze investeringen een dubbel doel: minder verspilling en een betere kwaliteit van leven en zorg. "*Als je investeert in kwaliteit vinden mensen het eten lekker en eten ze hun bord leeg. Dan heb je in ieder geval minder afval en je hebt tegelijkertijd geen of minder voedingssupplementen of aanvullende dieetvoeding nodig. Met kwaliteitsverbetering win je aan alle kanten."*

[1] http://www.louisbolk.org/nl/publicaties/publicatie/?pubID=2828

Langer zelfstandig thuis

Focus Cura is een bedrijf dat als doel heeft om ouderen en chronisch zieken door middel van technische innovaties te helpen langer thuis te wonen. Directeur Daan Dohmen promoveerde in 2012 op de succesvolle implementatie van e-health in de zorg thuis[m]. Tijdens zijn promotieonderzoek ontwikkelde Dohmen een implementatiemodel van 5 stappen voor nieuwe technologie. Focus Cura brengt dit model nu dagelijks in de praktijk. Jeen Beckers is Business Developer bij Focus Cura en vertelt graag over het doel en de werkwijze van het bedrijf.

De kern in de handelswijze van Focus Cura zijn de cliënt en de zorgverlener. Een project start vanuit de behoefte van een zorgorganisatie, waarna Focus Cura samen met haar partners bekijkt hoe en welke technologische toepassingen bij kunnen dragen aan beantwoording. Bij dit proces worden organisatie, cliënten en zorgverleners zoveel mogelijk betrokken. Als zorgverleners het gevoel hebben dat het beter is dat zij altijd fysiek langs gaan bij hun cliënten, in plaats van beeldbellen, is de kans van slagen minimaal. Zij zijn namelijk de sleutel in het proces, zij moeten ervaren dat de technologie bijdraagt aan een hogere kwaliteit zorg aldus Beckers: "*Wij geloven in de mix van fysieke en virtuele zorg, dat noemen wij ook wel 'Blended HomeCare'. Het is aan de zorgverlener en cliënt om samen te beoordelen voor welke vraag ze welke zorgvorm inzetten. In het ene geval is het beter als de zorgverlener fysiek langskomt, maar in een andere situatie kan bijvoorbeeld beeldbellen een meer voor de hand liggende oplossing zijn. Op die manier krijgen beide partijen ook meer vrijheid".* Het draagvlak onder professionals is minstens zo belangrijk als dat onder cliënten. Het uiteindelijke doel van betere zorg ten koste van minder tijd kan zo samen behaald worden.

Beckers schets een breed palet van projecten waaraan Focus Cura werkt. Zo is bijvoorbeeld met (thuiszorg) organisaties meegedacht die een veilig sleutelsysteem wilden toepassen dat hen sneller toegang geeft tot de huizen van hun cliënten. Maar ook heeft Focus Cura een aantal applicaties ontwikkeld die patiënten in staat stellen in een veilige virtuele omgeving contact te hebben met hun zorgverlener (BeeldbelApp), zelf belangrijke meetwaarden bij te houden en door te sturen (ThuismeetApp) of alarm te slaan (SOSAlarmApp). Al deze tools kunnen geïntegreerd worden in een gebruiksvriendelijke omgeving, waardoor ze ook voor ouderen makkelijk toe te passen zijn. Ter ondersteuning heeft Focus Cura een helpdesk. Daarnaast ondersteunt het bedrijf op organisatieniveau door bijvoorbeeld te helpen partijen in een zorgketen beter te laten samenwerken.

Focus Cura helpt ook met de implementatie van technische innovaties zoals valsensoren, medicijndispensers en slimme sensoren die afwijkingen van een gedragspatroon opmerken. Een succesformule is de Medido: een automatische medicijndispenser die bij mensen thuis staat en hen op het juiste moment van hun medicijnen voorziet. Beckens: "*De Medido helpt de mensen die nog thuis wonen maar eigenlijk niet voldoende in staat zijn zelf hun verschillende medicijnen en innametijden te managen. De Medido geeft op het juiste moment de juiste medicijnen. Als iemand die niet uitneemt gaat er een alarm af bij de zorgverlener.*" Zo heeft de cliënt meer eigen regie en de zorg is niet gedwongen fysiek langs te gaan op de (piek)momenten waarop iedereen zijn medicatie nodig heeft. In een evaluatie van ZZG Zorggroep en Health@Home[n] werd bovenstaande bevinding bevestigd: hierin kwam naar voren dat de Medido zelfstandigheid van cliënten bevorderd en zorgkosten verlaagd.

Voor het voorkomen van verspilling in de toekomst ziet Beckers veel potentieel voor technologie omdat zowel de demografie van de zorgverleners 76als zorgontvangers langzaamaan verandert. De huidige

[m] De 'e' van e-Health. Juiste energie voor optimale implementatie van moderne technologie in de zorg thuis. Zie:
[n] http://www.kcwz.nl/doc/zorg_en_technologie/Eindrapport_project_Medido_fase_1.pdf

generatie zorgverleners moet wennen aan nieuwe vormen van zorgverlenen, voor jongere generaties zijn e-health en andere technologische ontwikkelingen al meer vanzelfsprekend. Ook onder patiënten ziet hij deze ontwikkeling: "*Mensen maken meer en meer gebruik van internet, mobile devices en andere technologie. Je ziet daarnaast dat de infrastructuur voor e-health en technologie steeds meer al aanwezig is, waardoor investeringskosten lager worden. Iedereen is tegenwoordig actief op het internet en heeft bijvoorbeeld een I-pad.*" Onder zorgverleners neemt de weerstand meestal af zodra zij zich realiseren dat technologie hun werk niet overneemt maar vergemakkelijkt. "*Eigenlijk zou je in het geval van de tablet kunnen zeggen dat dit een moderne fiets is. Doordat je verschillende 'tools' in kunt zetten ben je minder afhankelijk van bestaande structuren. Zo kun je echt zorg op maat leveren. Dat geeft vrijheid en flexibiliteit voor zowel de zorgverlener als de cliënt. Die kunnen samen afstemmen wanneer, bij wijze van spreken, de ouderwetse of de moderne fiets nodig is. Wij beseffen als geen ander dat technologie geen vervanging is van het belangrijke werk dat zorgverleners leveren, maar technologie stelt hen in staat stelt om met al hun patiënten op een fatsoenlijke en moderne manier te communiceren. Zo kan de efficiëntie verhoogd en de kwaliteit van zorg echt verbeterd worden. En dat is waar we het allemaal voor doen!*"

Concluderend kunnen we stellen dat er verschillende initiatieven en partners zijn om mee samen te werken als een instelling of individu zich in wil zetten om verspilling terug te dringen.

6. Verkenning van regionale verschillen in langdurige zorg

In dit vierde deel wordt de praktijkvariatie in het gebruik van langdurige zorg in Nederland verkend. Dit kan informatie geven over regionale verschillen in zorggebruik en over- of ondergebruik in bepaalde regio's. Wanneer een ingreep of behandeling in de ene instelling of regio significant vaker voorkomt dan in een andere, gecontroleerd voor patiëntkarakteristieken, incidentie en populatieomvang, is er sprake van praktijkvariatie (Wennberg, 2010). Praktijkvariatie kan zowel over- als onderbehandeling uitdrukken. In het geval van onderbehandeling krijgt een deel van de patiënten onterecht geen zorg. In het geval van overbehandeling krijgt een deel van de patiënten juist meer zorg dan nodig. Beide vormen zijn onwenselijk en leiden tot onnodig lijden en onnodige kosten. Als er sprake is van praktijkvariatie wil dat echter niet per se zeggen dat ook over- of onderbehandeling aan de orde is. Soms kunnen verschillende behandelingen tot hetzelfde gewenste resultaat leiden en is variatie geen probleem. Sterker, een zekere mate van variatie is onontkoombaar en ook gewenst. De uitkomsten van een analyse van praktijkvariatie moeten dus altijd met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Praktijkvariatie in gebruik van langdurige zorg

Ook onderzoek naar praktijkvariatie richt zich vaak op de curatieve zorg. Er is erg weinig bekend over praktijkvariatie in de langdurige zorg in Nederland. Uit onderzoek naar de kosten van overlijden komt naar voren dat er relatief weinig variatie is in de zorgkosten die gemaakt worden tijdens de laatste zes maanden van het leven (gemiddeld bijna 26 duizend euro), maar dat oudere en jongere overledenen sterk van elkaar verschillen in waar deze kosten gemaakt worden. Jongere overledenen bezochten vaker het ziekenhuis in de laatste fase van hun leven, oudere overledenen maakten meer gebruik van langdurige zorg (Rolden, van Bodegom, & Westendorp, 2014). Een andere studie liet zien dat leeftijd en het hebben van een of meerdere handicaps de meest invloedrijke determinanten zijn voor LZ gebruik onder Nederlanders van 50 jaar en ouder (De Meijer, Koopmanschap, Koolman, & Van Doorslaer, 2009). In deze onderzoeken werd echter niet gekeken naar regionale verschillen.

Er zijn verschillende mogelijke oorzaken voor praktijkvariatie. Zoals onderbehandeling in bepaalde regio's, voorkeuren van de patiënt of behandelaar of verschillen in adoptie van nieuwe behandelmethoden tussen regio's (Douven, Mocking, & Mosca, 2012). Praktijkvariatie tussen instellingen kan ook deels verklaard worden doordat gespecialiseerde of hooggekwalificeerde instellingen meer gecompliceerde patiënten krijgen doorverwezen, waardoor bepaalde zorgvormen in zulke instellingen vaker voorkomen (Zorgverzekeraars Nederland, 2013). Dit is van invloed op de regionale praktijkvariatie: patiënten die verblijven in gespecialiseerde klinieken worden namelijk meegeteld in de gemeentelijke basisadministratie (GBA) van de gemeente waar die kliniek staat ingeschreven en niet in de plaats waar de cliënt vandaan komt. Dit doet zich bijvoorbeeld voor bij zorginstellingen voor zwaar gehandicapte kinderen of bij gespecialiseerde GGZ klinieken. Hierdoor concentreren bepaalde zorgvormen zich in een regio, waardoor de suggestie van overgebruik gewekt kan worden. Een heel hoog gebruik van zorg in een regio kan echter ook een indicatie zijn voor overbehandeling. Dit duidt op verspilling van middelen. Aanwijzingen voor onderbehandeling zijn even kwalijk, zo niet kwalijker, omdat dit kan wijzen op een onbehandelde zorgvraag. Als er sprake is van praktijkvariatie dient de oorzaak hiervan dus altijd uitgezocht te worden.

Rapport Cebeon?

Methode

Om enig inzicht te krijgen in de praktijkvariatie hebben wij een verkenning uitgevoerd naar zorggebruik met en zorg zonder verblijf in de Nederlandse LZ in 2012. Zorg met verblijf (ZMV) betreft

geïnstitutionaliseerde zorg, betaald uit de AWBZ. Zorg zonder verblijf (ZZV) is veelsoortig en omvat huishoudelijke hulp (betaald uit de WMO), persoonlijke verzorging, begeleiding in groepsverband of individueel en verpleging (tot 1-1-2015 allen betaald uit de AWBZ). De gebruikte gegevens zijn afkomstig van de Monitor Langdurige Zorg. De resultaten zijn weergegeven in figuur 1.

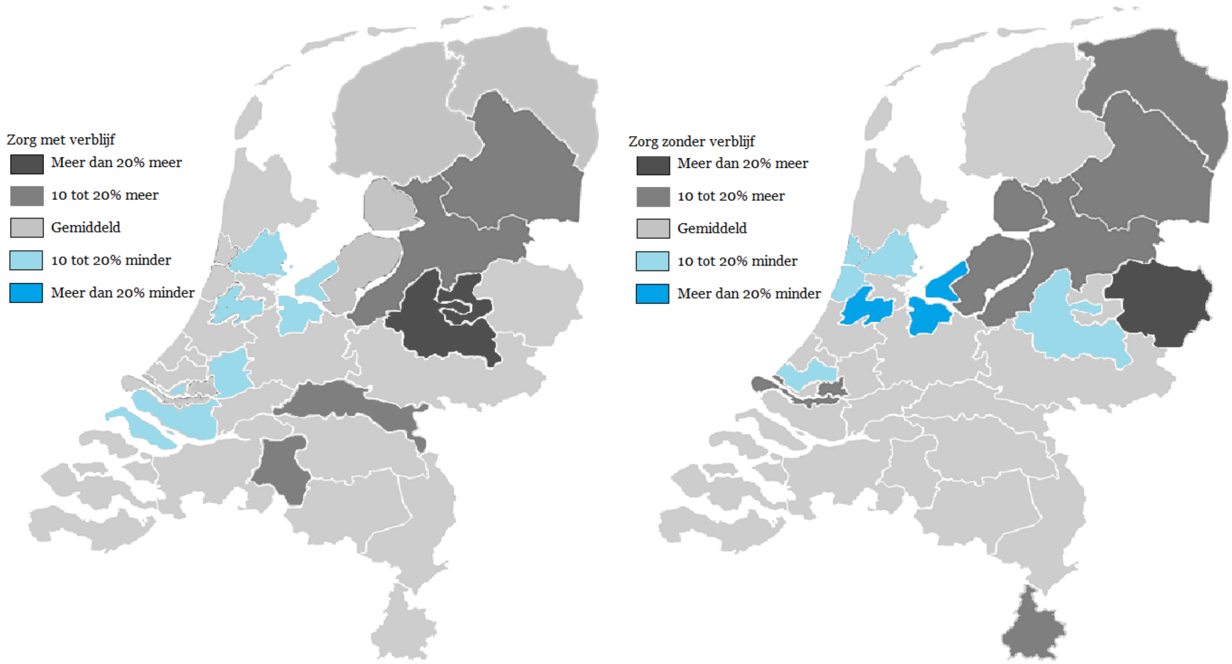
In deze figuur is de kans weergegeven dat een inwoner van een zorgregio langdurige zorg ontving in 2012 in absolute termen en gecontroleerd voor de leeftijdssamenstelling van de regio waarin hij/zij woonde. Het gaat over de zorg voor inwoners van achttien jaar of ouder. Bij de gecontroleerde gemiddelden is elke regio behandeld alsof de bevolking in die regio de samenstelling van de Nederlandse bevolking perfect weerspiegeld. Verschillen hangen dus niet samen met de demografische samenstelling van een regio. Om de interpretatie te vergemakkelijken is vervolgens een indexcijfer berekend. Dit getal geeft weer hoeveel meer of juist minder langdurige zorg in een regio is verleend in vergelijking met het Nederlandse gemiddelde. De tabellen met deze gegevens zijn opgenomen in bijlage 3. Een nadere toelichting op de gebruikte data en methoden is opgenomen in bijlage 4.

Uitkomsten

De eerste kaart in figuur 1 laat zien dat in de regio Apeldoorn/Zutphen 30% meer zorg met verblijf wordt verleend dan verwacht op basis van het landelijk gemiddelde. In regio Midden-IJssel wordt 24% meer geïnstitutionaliseerde zorg verleend, terwijl Midden-Holland juist 17% lager dan gemiddeld scoort. Uitschieters naar boven zijn bij de zorg met verblijf extremer dan de uitschieters naar beneden. In zorg zonder verblijf vallen er ook uitschieters naar beneden op. In de regio Amstelland en De Meerlanden wordt 25% minder zorg zonder verblijf verleend dan verwacht op basis van het landelijk gemiddelde. In Twente wordt juist 23% meer zorg zonder verblijf verleend. Omdat voor leeftijd gecontroleerd is, kan het verschil in bevolkingssamenstelling op dit vlak geen verklaring bieden.

Een andere opvallende uitkomst is dat een hoge score op de ene indicator niet samen lijkt te hangen met een lagere uitkomst op de andere indicator. Vaak wordt verondersteld dat deze twee indicatoren communicerende vaten zijn: daar waar veel thuiszorg wordt gegeven is minder geïnstitutionaliseerde zorg nodig en vice versa. De figuur onderschrijft deze veronderstelling niet: in regio's waar relatief veel ZZV verleend wordt is de ZMV vaak ook bovengemiddeld en andersom. De correlatie is 0.4 en significant ($p<0.02$). Een correlatie drukt uit in hoeverre een score op de een variabele samenhangt met een andere variabele. De sterkte van dit verband is maar matig, maar het is wel positief: een hogere consumptie in een regio van zorggebruik met verblijf hangt dus (matig) samen met een hogere consumptie van zorggebruik zonder verblijf. Deze uitkomst is tegengesteld aan die uit het eerder genoemde Canadese onderzoek werd getrokken, waaruit bleek dat mensen in regio's met veel aanbod van zorg zonder verblijf minder snel op de wachtlijst voor langdurige zorg geplaatst werden (Kuluski et al., 2012). Dit lijkt dus niet op te gaan voor de Nederlandse situatie.

Figuur 1. Kaart met overzicht van variatie in gebruik van langdurige zorg met en zonder verblijf tussen zorgkantoorregio's



Bron: Monitor langdurige zorg

Interpretatie van de gevonden effecten

Deze cijfers laten zien dat er variatie is. Dit geeft een indicatie dat er sprake is van over- en ondergebruik in de langdurige zorg. Het is echter raadzaam enige voorzichtigheid te betrachten bij de interpretatie van de uitkomsten. De cijfers geven geen inzicht in de inhoud van de zorg en een verkenning als deze biedt niet voldoende grond voor verstrekkende conclusies.

Ten eerste geven deze cijfers geen informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Wellicht wordt in de regio's met een hoger gebruik betere zorg geleverd. In een regio's met ondergemiddeld gebruik kan de zorg kwalitatief minder goed zijn, maar het kan ook zo zijn dat de zorg er veel doelmatiger is ingericht. Op basis van deze geaggregeerde gegevens kunnen hier geen uitspraken over gedaan worden. Verder worden alle regio's gespiegeld aan het landelijk gemiddelde. In dit gemiddelde kan ook over- of onderbehandeling gevat zijn. Het is gebruikelijk in praktijkvariatieonderzoek om het gemiddelde als referentie te nemen, maar zolang de inhoud van het gemiddelde een black-box is zijn de afwijkingen van het gemiddelde dat feitelijk ook.

Ten tweede is deze figuur nadrukkelijk bedoeld als verkenning van het onderwerp. In een uitgebreidere analyse moet rekening gehouden worden met meer factoren zoals bevolkings- en regiokenmerken. Naast de leeftijdsopbouw hebben bevolkingskenmerken wellicht invloed op de variatie, bijvoorbeeld de gemiddelde sociaal economische status. Op regioniveau moet, zoals eerder aangestipt, meegewogen worden dat zeer gespecialiseerde institutionele langdurige zorg cliënten uit andere regio's aantrekt. Kortom: deze gegevens zijn een opstap naar vervolgonderzoek en geen gerechtvaardige grond voor verstrekkende conclusies. Het zou raadzaam zijn om vervolgonderzoek toe te splitsen op verschillende patiëntgroepen en naast verschillen in zorggebruik ook te kijken naar kwaliteit en de kosten van zorg.

7. Conclusie en discussie

Het doel van deze verkenning was om te identificeren hoe verspilling in de langdurige zorg is te verminderen en, waar mogelijk, in kaart te brengen wat dit oplevert. Hiertoe zijn vier deelstappen gezet:
1) het categoriseren van alle thema's die voortkomen uit het Meldpunt Verspilling,
2) het verkennen van de literatuur over een aantal van deze thema's,
3) gesprekken met ervaringsdeskundigen over hoe zij met het werk van hun stichting en bedrijf trachten verspilling in de langdurige zorg te verminderen, en
4) een inventarisatie naar de praktijkvariatie in de langdurige zorg.

In dit concluderende hoofdstuk willen we de stap maken naar de lessen die vallen te leren door de uitkomsten van de vier delen met elkaar in verband te brengen. We komen tot drie conclusies: ten eerste is ons inziens de definitie van wat verspilling is (in de langdurige zorg) onvoldoende afgebakend om al te harde uitspraken te kunnen doen. Desondanks kunnen we, ten tweede, wel concluderen dat er sterke indicaties zijn dat er sprake is van verspilling in de langdurige zorg. Tot slot lichten we uit bij welke thema's verspilling ons inziens het meest succesvol te verminderen of voorkomen is.

Definitie van verspilling

Uit de meldingen aan het Meldpunt Verspilling komt een breed scala aan onderwerpen naar voren. Daaruit blijkt dat het onderwerp leeft. Ook in het Nederlandse (langdurige) zorgveld is verspilling momenteel een 'hot topic'. Het is echter ook een relatief nieuw onderwerp, waarvan de definitie nog niet voldoende afgebakend is, zeker niet met betrekking tot langdurige zorg. Dit geldt zowel in de wetenschappelijke literatuur als bij praktijkprojecten.

Bij praktijkvoorbeelden wordt het startpunt of de omvang van de verspilling meestal niet gedefinieerd. Hierdoor zijn resultaten moeilijk te duiden. Bovendien is het terugdringen van verspilling vaak niet het hoofddoel van een project en worden dergelijke projecten in de regel niet onafhankelijk, empirisch geëvalueerd. De wetenschappelijke literatuur is vooral nog conceptueel van aard en niet zomaar toepasbaar op de Nederlandse situatie. Kortom: een eerste conclusie is dat de (wetenschappelijke) empirie over dit onderwerp nog erg beperkt aanwezig is, zeker voor de langdurige zorg.

Wat kan helpen bij toekomstig onderzoek en de interpretatie van bestaande onderzoeksresultaten is een duidelijker definitie van verspilling. Het is daarbij belangrijk duidelijk te maken hoe verspilling zich verhoudt tot andere veelgebruikte termen zoals bijvoorbeeld doelmatigheid, kosten en kosteneffectiviteit. Verspilling is bovendien geen dichotoom begrip maar een continuüm. Inefficiëntie, overbehandeling en fraude draagt bij aan verspilling. Zonder heldere definitie dreigt verspilling een lege huls te worden, waarbinnen ieder mogelijk onderwerp of project dat verband houdt met kosten van zorg geframed kan worden.

De internationale literatuur over de definitie van verspilling waarvan we in het eerste hoofdstuk een korte samenvatting hebben gegeven kan als vertrekpunt dienen voor een nadere afbakening. Allocatieve verspilling is het toewijzen van middelen aan ineffectieve behandelingen waardoor suboptimale uitkomsten gerealiseerd worden. Technische verspilling is teveel middelen gebruiken waar hetzelfde resultaat bereikt had kunnen worden met minder (Carpenter, Elshaug, Turnbull, Wilson, & Jan, 2014). Deze onderverdeling biedt een startpunt maar benadrukt tegelijkertijd de zwakke plek bij de vertaling naar de praktijk, want om na te kunnen gaan welk deel verspild is moet duidelijk zijn wat optimale zorg is. Over deze kennis beschikken we veelal nog niet.

Omvang van verspilling in de Nederlandse langdurige zorg

Ondanks dat het lastig is te benoemen wanneer precies sprake is van verspilling, zijn er wel degelijk indicaties voor verspilling. Bijvoorbeeld omdat er substantieel ruimer gebruik wordt gemaakt van langdurige zorg in sommige regio's dan in andere. Verder lijkt het erop dat de veelgehoorde veronderstelling dat wanneer meer geïnvesteerd wordt in thuiszorg de duurdere verblijfszorg vermeden kan worden, niet automatisch op gaat. Er is geen systematische afruil tussen verblijf en thuiszorg gevonden. Als dit het geval was zou in regio's waar meer thuiszorg verleend wordt het gebruik van intramurale zorg lager liggen. Onze verkenning bevestigt deze hypothese vooralsnog niet.

Over de precieze omvang van verspilling in de Nederlandse langdurige zorg zijn nu geen uitspraken te doen. Wel maken zowel de meldingen als de literatuur aannemelijk dat er sprake is van verspilling. De schattingen voor de VS variëren sterk (van 20 tot meer dan 50%) en zijn bovendien niet altijd even betrouwbaar. De Amerikaanse situatie is onvergelijkbaar met die in veel Europese landen en met Nederland. Bovendien betreffen deze schattingen de gehele zorg. De kans dat de helft van de uitgaven aan zorg in Nederland verspilling zou zijn lijkt ons echter onaannemelijk. Wel kunnen we er vanuit gaan dat er een behoorlijke mate van verspilling is, ook in de langdurige zorg. Er is veel praktijkvariatie en de casussen laten een groot verbeterpotentieel zien.

Opties om verspilling te verminderen

Op basis van de indeling die gemaakt is tussen 'verspilling nu'/'voorkom verspilling' en 'zorginhoudelijk'/'niet-zorginhoudelijk' zijn gebieden aan te wijzen die, ons inziens, meer en minder kansrijk zijn voor het aanpakken van verspilling. In het afbakenen van de meest kansrijke gebieden is het belangrijk het doel van de interventie en de periode waarin die zijn potentie moet realiseren goed af te bakenen. Daarbij moet ook de mogelijke afruil tussen financiën en kwaliteit worden betrokken.

Als het doel primair is verspilling van geldelijke middelen per direct uit te bannen, zijn de onderwerpen in het kwadrant 'verspilling nu'/niet-zorginhoudelijk het meest veelbelovend. Hieronder vallen fraudebestrijding, het tegengaan van voedselverspilling en het terugdringen van administratieve lasten. In het geval van fraudevermindering en het verminderen van voedselverspilling bevordert dit de financiële doelmatigheid. In het geval van minder voedselverspilling en 'meer handen aan het bed' is ook in kwaliteit van zorg winst te verwachten. Andere redenen om juist op deze onderwerpen in te zetten, is dat ze de aanspraak die mensen doen op de zorg niet veranderen of verminderen. De winst die wordt geboekt is bovendien goed te meten. Uit ons gesprek met een vertegenwoordiger van Diverzio blijkt dat er in de praktijk veel winst valt te behalen. Niet alleen in het verminderen van verspilling van financiën maar ook in verbetering van de kwaliteit van het voedsel.

Als het doel juist is om toekomstige verspilling van middelen te voorkomen en de kwaliteit van zorg te bevorderen, dan komt juist de rechterkant van de tabel ('voorkom verspilling') meer in aanmerking. Zorginhoudelijke interventies kunnen zich bijvoorbeeld richten op het vergroten van de zelfredzaamheid van (toekomstige) zorgvragers, op preventie of ze kunnen anticiperen op komende ontwikkelingen. Ter ondersteuning hiervan kan ook niet-zorginhoudelijke verspilling worden aangepakt. Te denken valt aan het bevorderen van de toepassing van ICT en/of andere innovaties, zoals een bedrijf als Focus Cura doet. Ook een doelmatigere inrichting van de zorg, op het gebied van flexibiliteit, roostering, de persoon met de juiste kwaliteit op de juiste plek en een goede balans tussen management en werkvloer helpen om verspilling te voorkomen. Dit zijn echter wel allemaal voorbeelden die pas op de langere termijn verspilling tegengaan en die bovendien ingrijpen op de manier waarop de langdurige zorg georganiseerd is. Het becijferen van het resultaat in termen van financieel gewin is daarom moeilijker. Ook vraagt het een cultuuromslag bij zowel zorgverleners, organisaties als zorgontvangers.

Interventies gericht op het kwadrant 'verspilling nu'/'zorginhoudelijk' achten wij vooral kansrijk voor kwaliteitsverbetering. Het gaat dan om de onderwerpen 'passende zorg' en 'verbeter het primair proces'. Initiatieven op dit gebied resulteren doorgaans in kwaliteitsverbeteringen maar niet per se tegen

lagere kosten. Kwaliteitsverbetering kan uiteraard complicaties en een toekomstige hogere zorgvraag voorkomen, maar dit is vaak moeilijk te becijferen of hard te maken. Een mogelijk uitzondering kan *lean management* zijn, maar de ervaring binnen de (langdurige) zorg is te beperkt om uitspraken over het effect hiervan te kunnen doen.

Concluderend

Onze zoektocht heeft geen wetenschappelijke studies geïdentificeerd die zich expliciet richten op verspilling in de langdurige zorg. De literatuur over verspilling richt zich met name op de curatieve zorg. Empirisch geëvalueerde interventies gericht op het tegengaan van verspilling in de langdurige zorg zijn eveneens niet gevonden. Uit de gefragmenteerde *evidence* is echter wel op te maken dat er sprake is van een substantieel probleem. De door ons aangetoonde praktijkvariatie in de langdurige zorg geeft een indicatie dat er sprake is van overgebruik en, mogelijk, ondergebruik. Vervolgonderzoek blijft echter noodzakelijk om de aard en omvang van verspilling binnen de langdurige zorg in kaart te brengen.

Literatuur

Abarshi, E., Echteld, M., Van den Block, L., Donker, G., Deliens, L., & Onwuteaka-Philipsen, B. (2010). Transitions between care settings at the end of life in the Netherlands: results from a nationwide study. *Palliat Med, 24*(2), 166-174. doi: 10.1177/0269216309351381

Actiz. (2011). Aandacht loont. Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2011.

Actiz. (2014). Samen op weg. Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2014.

Algemene Rekenkamer. (2013). Aanpak PGB-fraude gestart, maar nog een lange weg te gaan.

Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating waste in US health care. *JAMA, 307*(14), 1513-1516. doi: 10.1001/jama.2012.362

Boer, T., Verkerk, M., & Bakker, D. (2013). *Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen*. Amsterdam Reed Business Education.

Boers, I., Huber, M., van Apeldoorn, M., van de Vijver, L., & Jong, M. (2013). Evaluatie van een voedingsconcept gebaseerd op streekgebonden, biologische voeding en aandacht voor ambiance. Zijn er veranderingen betreffende gezondheid, ondervoeding, smaakbeleving en tevredenheid bij de bewoners? Driebergen: Louis Bolk Instituut.

Boyle, P. J., O'Neil, K. W., Berry, C. A., Stowell, S. A., & Miller, S. C. (2013). Improving diabetes care and patient outcomes in skilled-care communities: successes and lessons from a quality improvement initiative. *J Am Med Dir Assoc, 14*(5), 340-344. doi: 10.1016/j.jamda.2012.11.010

Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med, 28*(8), 1000-1025. doi: 10.1177/0269216314526272

bureau hhm. (2014). Evaluatie experimenten regelarme instellingen (ERAI) in opdracht van ActiZ.

Campbell, R. (2009). Thinking lean in healthcare. *Journal of American Health Information Management Association, 80*(6), 40-43.

Carpenter, A., Elshaug, A., Turnbull, F., Wilson, A., & Jan, S. (2014). Health policy, administration and expenditure. Submission to the Senate Select Committee on Health.

Centrum Indicatiestelling Zorg. (2013). Rapportage onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen.

Challis, D., & Hughes, J. (2002). Frail old people at the margins of care: some recent research findings. *The British Journal of Psychiatry 180*, 126-130. doi: 10.1192/bjp.180.2.126

Croonen, H., & Maassen, H. (2012). Overhead is niet de boosdoener. *Medisch Contact*(36), 1931-1933.

De Korte-Verhoef, M. C., Pasman, H. R., Schweitzer, B. P., Francke, A. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. (2014). General practitioners' perspectives on the avoidability of hospitalizations at the end of life: A mixed-method study. *Palliat Med, 28*(7), 949-958. doi: 10.1177/0269216314528742

De Meijer, C., Koopmanschap, M., Koolman, X., & Van Doorslaer, E. (2009). The Role of Disability in Explaining Long-Term Care Utilization. *Medical Care, 47*(11), 1156-1163.

De Volkskrant. (june 26, 2014). Beslaglegging in groot fraudeonderzoek PGB's, *De Volkskrant*.

Douven, R., Mocking, R., & Mosca, I. (2012). Zorggebruik en beloning van medisch specialisten. *ESB Gezondheidszorg, 97*(4632), 212-215.

Flodgren, G., Rojas-Reyes, M., Cole, N., & Foxcroft, D. (2012). Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi: DOI: 10.1002/14651858.CD002212.pub2.

Foxcroft, D., & Cole, N. (2000). Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). doi: DOI: 10.1002/14651858.CD002212.

Hogeschool Utrecht. (2012). Best Practices in de ouderenzorg. Sociale Innovatie in de Praktijk.

Houben, C. H., Spruit, M. A., Groenen, M. T., Wouters, E. F., & Janssen, D. J. (2014). Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Med Dir Assoc, 15*(7), 477-489. doi: 10.1016/j.jamda.2014.01.008

Huijben, M., & Geurtsen, A. (2003). Overhead in publieke organisaties.

Kamerbrief 334065-117893-Z. (march 20, 2014). NZa rapporten Samenvattend rapport 'Rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012, onderdelen vereveningsonderzoek en Compensatieregeling eigen risico' en tussenrapport (update) 'Onderzoek zorgfraude'. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,* .

KPMG Plexus. (2015). De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg. Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013: KPMG Plexus

Kuluski, K., Williams, A., Laporte, A., & Berta, W. (2012). The role of Community-Based Care Capacity in Shaping Risk of Long-Term Care Facility Placement *Healthcare Policy, 8*(1), 92-105.

Lawal, A., Rotter, T., Kinsman, L., Sari, N., Harrison, L., Jeffery, C., Flynn, R. (2014). Lean management in health care: definition, concepts, methodology and effects reported (systematic review protocol). *Systematic Reviews, 3*(103), 1-6.

Nederlandse zorgautoriteit. (2013). Onderzoek zorgfraude -tussenrapport.

NPCF. (2012). Rapport meldactie 'Zuinig met langdurige zorg'. Utrecht Nederlandse Patienten en Consumenten Federatie

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. (2008). The price of excess. Identifying waste in healthcare spending.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. (2004). *Gepaste Zorg*. Zoetermeer

Rice, J. B., Kasper, J. D., & Pezzin, L. E. (2009). A comparative analysis of Medicaid long-term care policies and their effects on elderly dual enrollees. *Health Econ, 18*(3), 275-290. doi: 10.1002/hec.1367

Rolden, H. J., van Bodegom, D., & Westendorp, R. G. (2014). Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med, 120C*, 110-117. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.020

Rouppe van der Voort, M., Van Merode, G., & Veraart, H. (2013). Duurzame procesverbetering met de 'lean'-filosofie. *MEdisch Contact*.

Sato, M., Hashimoto, H., Tamiya, N., & Yano, E. (2006). The effect of a subsidy policy on the utilization of community care services under a public long-term care insurance program in rural Japan. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Health Policy, 77*(1), 43-50. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.07.018

Smit, M., & Van der Werf, A. (2012). *Fenomeenonderzoek PGB-fraude in Nederland. Een onderzoek naar frauderisico's in de PGB-regelgeving per 1 januari 2012*.

Snels, J., & Soethoudt, H. (2012). Reductie voedselverspilling in het Rijnland ziekenhuis. Wageningen: Wageningen UR Food & Biobased Research.

Snels, J., & Wassenaar, N. (2011). Maaltijdservice Máx à la Carte. Effecten van een nieuw maaltijdconcept binnen Máxima Medisch Centrum. Wageningen

Van Delft, S. (6 juni 2014). Meten is beter eten *Zorgvisie Magazine*.

Verhoeven, W., Van Roest, J., Van Ruijven, M., & De Wit, N. (2013). Eindrapportage onderzoek besteding ZZP-gelden en levering zorg 2011. Utrecht: Advisaris bv.

Wennberg, J. (2010). *Tracking Medicine. A researcher's quest to understand health care*. New York: Oxford University Press.

ZonMw. (2009). Kostenbesparende projecten. Quickscan van ZonMw programma's. Den Haag.

Zorgverzekeraars Nederland. (2013). Praktijkvariatierapport Rughernia: Zorgverzekeraars Nederland

Zorgvisie. (2014). VVT het vaakst in de fout met upcoding, *Wouter van den Elsen*

Bijlage 1: Verantwoording indeling thema's in kwadranten

Hieronder wordt per thema kort toegelicht waarom het zich in het betreffende kwadrant bevindt.

1 Voorkom dat mensen zorg en ondersteuning nodig hebben: preventie, dus toekomstgericht en niet op verspilling in het huidige stelsel.
2 Bevorder zelfredzaamheid: zie 1.
3 Verminder onnodige zorg en ondersteuning thuis: organiseer de WMO (AWBZ) zo dat alleen verstrekkingen worden aangevraagd en geleverd die de cliënt nodig heeft, voorkom overbodige zorg.
4 Bepaal scherp of en hoeveel zorg nodig is in instellingen: vergelijkbaar met 3, maar dan binnen instellingen.
5 Versterk professionals en informele zorgverleners bij de zorgverlening: organiseer de zorg zo dat formele en informele zorg in balans zijn en elkaar ondersteunen. Toekomstgericht.
6 Meer inzet van vrijwilligers: zie 5.
7 Stimuleer professionals beter om te gaan met informele zorg: zie 5.
8 Stageplaatsen in zorg: zie 5.
9 Verbeter richtlijnen en protocollen voor langdurige zorg: verbeter de richtlijnen en protocollen zo dat professionals in de langdurige zorg meer evidence based werken en het zorgproces en de zorguitkomsten verbeteren. Zodat geen kwaliteit (van leven) verspeeld wordt.
10 Verminder onnodige zorghandelingen: andere kant van de medaile van 9 en 11; als er meer evidence based gewerkt wordt en betere kwaliteit geleverd wordt nemen onnodige zorghandeling navenant af.
11 Verbeter primair proces van zorgverlening: zie 9 en 10.
12 Stimuleer gebruik van ICT, medische technologie en invoering innovaties: verbeter de toekomst van de zorgverlening door beter gebruik te maken van techniek. Raakt niet aan verspilling in het nu.
13 Passende zorg: zie 1.
14 Verbeter de bedrijfsvoering: dit thema wordt verder uitgewerkt in thema's 15 tot en met 22.
15 Betere inkoop: meer efficientie in inkoop verminderd kosten. Zo kan in de toekomst geld bespaard worden.
16 Verminderen weggooien van voedsel: verspilling van voedsel dat niet gegeten wordt.
17 Overhead verminderen: wordt niet nader toegelicht in de kamerbrief. Ondergebracht bij thema's 18 en 20.
18 Verminder het papierwerk, meer handen aan het bed: door minder tijd aan administratie te (hoeven) besteden wordt tijd bespaard en kwaliteit verbeterd.
19 Verbeter het management en ga (te) hoge salarissen tegen: organisatie van zorg, toekomstperspectief.
20 Verminder brede administratieve lasten in de langdurige zorg: zie 18.
21 Ga uitval van personeel tegen: organisatie van zorg, toekomstperspectief.
22 Beter inroosteren: zie, 21.
23 Fraude terugdringen: dit thema wordt verder uitgewerkt in thema's 24 tot en met 27.
24 Pak fraude en te hoge declaraties aan: fraude is directe geldverspilling.
25 Verbeter het pgb (dring fraude terug): zie 24.
26 Minder oneigenlijk gebruik mantelzorgcompliment: zie 24.
27 Voorkom upcoding: zie 24.
28 Scherpe inkoop van kwalitatief goede zorg: zie 21.
29 Minder verspilling bij overdracht van zorg thuis naar een instelling: voorkom dat dingen dubbel worden gedaan, zoals bijvoorbeeld opnieuw een aangepaste rolstoel moeten aanvragen na een verhuizing. Zie 21.
30 Herverstrekking mobiliteitshulpmiddelen: zie 29.
31 Vind goedkopere alternatieven: zoek naar verbetermogelijkheden voor de toekomst.
32 Bespaar op alle vervoersopties: zie 21.
33 Verhoog inzicht in kosten: meer kostenbewuste burgers/patiënten zullen minder zorg gebruiken. In de toekomst kan de zorgconsumptie zo dalen.
34 Hoogte eigen bijdrage: zie 33.

Bijlage 2: Zoekstrategieën en resultaat literatuurverkenning

Zoekstrategie thema 'Verminder ongepaste zorg'

In Pubmed:

- Long term care [mesh] AND 'appropriate care' AND 'published in or after 2000'
  - ➢ 424 results
- AND 'waste'
  - ➢ 0 results
- Loose 'waste', AND 'overconsumption'
  - ➢ 0 results
- Loose 'appropriate care'
  - ➢ 8 results, one containing an intervention:
  1. The effect of a subsidy policy on the utilization of community care services under a public long-term care insurance program in rural Japan.

- Long term care [mesh] AND 'community care' AND 'published in or after 2000'
  - ➢ 1290 results
- AND 'waste'(0 results); AND 'overconsumption'(0 results);
- AND 'overuse'
  - ➢ 2 results:
  1. Predictors of Long-Term Nursing Home Placement Under Competing Risk: Evidence from the Health and Retirement Study

- Home care [mesh] AND 'Waste' AND 'published in or after 2000'
  - ➢ 32 results

  No relevant publications
- Loose 'Waste', AND 'cost efficiency'
  - ➢ 114 results
  1. A Randomized Intervention to Improve Heart Failure Outcomes in Community-Based Home Health Care
  2. Effects of two models of nutritional intervention on homebound older adults at nutritional risk
- Replace 'policy' for 'policy measures'
  - ➢ 3 results

  No relevant publications identified

- Home care [mesh] AND 'policy measures' AND 'appropriate care'
  - ➢ 6 results

  No relevant publications identified

- Long term care [mesh] AND 'policy' AND 'appropriate care' AND 'published in or after 2000'
  - ➢ 42 results

  No relevant publications identified

- Long term care [mesh] AND 'needs assessment' AND 'policy evaluation' AND 'published in or after 2000'
  - ➢ 18 results
  1. The role of community-based care capacity in shaping risk of long-term care facility placement.
  2. A comparative analysis of Medicaid long-term care policies and their effects on elderly dual enrollees

- Long term care [mesh] AND ‘evidence based medicine’ AND ‘published in or after 2000’
  - ➢ 238 results
- AND ‘appropriate care’
  - ➢ 14 results

  No relevant publications identified

- Long term care [mesh] AND ‘end of life care’ AND ‘Appropriate care’ AND ‘published in or after 2000’
  - ➢ 24 results
  1. Palliative care for the geriatric patient in Europe. Survey describing the services, policies, legislation, and associations
  2. Palliative care for long-term care residents: effect on clinical outcomes.

In Google Scholar:

- “Appropriate care” AND “Long term care” AND “waste” (published after 2000)
  - ➢ 1250 results

  No additional relevant publications
- “Appropriate care” AND “Long term care” AND “community care” (published after 2000)
  - ➢ 2100 results
  1. Changing the chronic care system to meet people's needs

- “Appropriate care” AND “Long term care” (published after 2000)
  - ➢ 7550

  No additional relevant publications
- “Appropriate care” AND “Long term care” AND “evidence based medicine” (published after 2000)
  - ➢ 471 results

  No additional relevant publications
- “Appropriate care” AND “Long term care” AND “end of life” (published after 2000)
  - ➢ 1860 results
  1. Hospitalization patterns and palliation in the last year of life among residents in long-term care
  2. The end-of-life experience in long-term care: Five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff

Additional literature resulting from consulting our network:

1. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses.
2. Health policy, administration and expenditure. Submission to the Senate Select Committee on Health.
3. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review.
4. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis.

Zoekstrategie ‘Verbeter primair proces’

Zoektermen: verspilling/waste, kwaliteit/quality, richtlijn/guidelines, protocol/protocol; communicatie/communication; kwaliteitsverbetering/quality improvement.

In Pubmed:

- Long term care [mesh] AND ‘quality’ AND ‘published in or after 2000’
  - ➢ 924 results
- AND ‘guideline’
  - ➢ 139 results
  1. The effect of interventions to reduce potentially inappropriate antibiotic prescribing in long-term care facilities: a systematic review of randomised controlled trials.

2. Implementing Diabetes Care Guidelines in Long Term Care.
3. Improving diabetes care and patient outcomes in skilled-care communities: successes and lessons from a quality improvement initiative.

- AND ‘waste’
  - ➢ 0 results

- Long term care [mesh] AND ‘quality improvement’ AND ‘communication’ AND ‘published in or after 2000’
  - ➢ 47 results
  1. Improving the quality of end-of-life care in long-term care institutions.
  2. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in longterm care.
  3. Innovative culture in long-term care settings: The influence of organizational characteristics
- AND ‘waste’
  - ➢ 0 results

- ‘Quality improvement’ AND ‘waste’ AND ‘published in or after 2000’
  - ➢ 469 results

  Results too varied, further restriction necessary
- AND ‘health care’
  - ➢ 105 results
  1. Lean-driven improvements eliminate waste, boost patient satisfaction in a matter of weeks (not available).
- AND ‘long term care’
  - ➢ 2 results

  No relevant papers identified

- Long term care [mesh] AND ‘lean management’ AND ‘published in or after 2000’
  - ➢ 3 results

  No relevant papers identified

In google Scholar is gezocht met dezelfde zoektermen. Dit leverde oa op:

1. Duurzame procesverbetering met de ‘lean’-filosofie

Zoekstrategie ‘Verminder weggooien van voedsel’

Gezocht in PubMed en Google Scholar maar niets wetenschappelijks gevonden. Verder gezocht in grijze literatuur.

Zoekstrategie ‘Verminder administratieve lasten en overhead’

Gezocht in PubMed en Google Scholar maar niets wetenschappelijks gevonden. Verder gezocht in grijze literatuur.

Zoekstrategie ‘Dring fraude terug’

In Pubmed:

- Long term care [mesh] AND ‘fraud’ AND ‘published in or after 2000’
  - ➢ 17 results

  No relevant publications identified

- Long term care [mesh] AND ‘upcoding’ AND ‘published in or after 2000’
  - ➢ Pubmed changes upcoding into upcoming…
  - ➢ 0 results

Daarnaast is gezocht met Google Scholar en verder in de grijze literatuur.

Bijlage 3: Praktijkvariatie tussen zorgkantoorregio's

Tabel b3.1 Praktijkvariatie tussen zorgregio's in gebruik langdurige zorg voor volwassenen, gecontroleerd voor leeftijdssamenstelling in 2012

	Zorg met verblijf			Zorg zonder verblijf		
	Gemiddeld	Gewogen gemiddelde	Indexcijfer	Gemiddeld	Gewogen gemiddelde	Indexcijfer
Nederland	0.020		1.00	0.041		1.00
Zorgkantoorregio						
Amstelland en De Meerlanden	0.017	0.017	0.86	0.031	0.031	0.75
Amsterdam	0.014	0.018	0.92	0.032	0.042	1.03
Apeldoorn/Zutphen	0.028	0.026	1.30	0.050	0.045	1.10
Arnhem	0.021	0.021	1.05	0.045	0.043	1.04
Delft/Westland/Oostland	0.017	0.019	0.97	0.030	0.033	0.81
Drenthe	0.025	0.023	1.17	0.053	0.047	1.15
Flevoland	0.015	0.018	0.91	0.038	0.046	1.12
Friesland	0.021	0.020	1.01	0.047	0.044	1.07
Groningen	0.020	0.020	1.02	0.047	0.047	1.14
Haaglanden	0.018	0.018	0.92	0.039	0.040	0.97
Kennemerland	0.022	0.019	0.98	0.040	0.035	0.86
Midden-Brabant	0.022	0.023	1.18	0.038	0.039	0.96
Midden-Holland	0.016	0.016	0.83	0.038	0.037	0.91
Midden-IJssel	0.025	0.024	1.24	0.043	0.042	1.01
Nieuwe Waterweg Noord	0.019	0.017	0.87	0.046	0.042	1.03
Nijmegen	0.020	0.022	1.11	0.039	0.042	1.02
Noord- en Midden-Limburg	0.021	0.021	1.06	0.046	0.044	1.06
Noord-Holland Noord	0.019	0.020	1.01	0.038	0.038	0.94
Noordoost-Brabant	0.020	0.021	1.07	0.039	0.040	0.96
Rotterdam	0.020	0.020	1.00	0.043	0.045	1.10
't Gooi	0.016	0.016	0.84	0.032	0.033	0.80
Twente	0.020	0.020	1.03	0.052	0.050	1.23
Utrecht	0.018	0.019	0.97	0.035	0.038	0.93
Waardenland	0.019	0.018	0.94	0.044	0.042	1.03
West-Brabant	0.020	0.020	1.03	0.041	0.040	0.96
Zaanstreek/Waterland	0.017	0.017	0.88	0.035	0.036	0.86
Zeeland	0.022	0.019	0.97	0.049	0.042	1.02
Zuid-Holland Noord	0.021	0.021	1.09	0.032	0.033	0.81
Zuid-Hollandse Eilanden	0.017	0.018	0.90	0.037	0.036	0.89
Zuidoost-Brabant	0.017	0.018	0.91	0.041	0.041	0.99
Zuid-Limburg	0.021	0.019	0.98	0.051	0.045	1.10
Zwolle	0.022	0.022	1.11	0.045	0.046	1.11

Bron: Monitor Langdurige Zorg, CBS Statline

Tabel b3.2 Praktijkvariatie tussen zorgregio's in gebruik langdurige zorg en huishoudelijke hulp voor volwassenen, gecontroleerd voor leeftijdssamenstelling in 2012

	Zorg met verblijf			Zorg zonder verblijf			Huishoudelijke verzorging		
	Gem.	Gew. Gem	Index	Gem.	Gew. Gem	Index	Gem.	Gew. Gem	Index
Nederland	0.020		1.00	0.041		1.00	0.028		1.00
Zorgkantoorregio									
Amstelland en De Meerlanden	0.017	0.017	0.86	0.031	0.031	0.75	0.022	0.022	0.80
Amsterdam	0.014	0.018	0.92	0.032	0.042	1.03	0.023	0.032	1.14
Apeldoorn/Zutphen	0.028	0.026	1.30	0.050	0.045	1.10	0.033	0.029	1.04
Arnhem	0.021	0.021	1.05	0.045	0.043	1.04	0.029	0.027	0.99
Delft/Westland/Oostland	0.017	0.019	0.97	0.030	0.033	0.81	0.020	0.023	0.83
Drenthe	0.025	0.023	1.17	0.053	0.047	1.15	0.037	0.032	1.14
Flevoland	0.015	0.018	0.91	0.038	0.046	1.12	0.026	0.033	1.18
Friesland	0.021	0.020	1.01	0.047	0.044	1.07	0.031	0.029	1.04
Groningen	0.020	0.020	1.02	0.047	0.047	1.14	0.031	0.031	1.11
Haaglanden	0.018	0.018	0.92	0.039	0.040	0.97	0.027	0.028	1.02
Kennemerland	0.022	0.019	0.98	0.040	0.035	0.86	0.028	0.024	0.88
Midden-Brabant	0.022	0.023	1.18	0.038	0.039	0.96	0.023	0.024	0.86
Midden-Holland	0.016	0.016	0.83	0.038	0.037	0.91	0.023	0.022	0.81
Midden-IJssel	0.025	0.024	1.24	0.043	0.042	1.01	0.027	0.025	0.91
Nieuwe Waterweg Noord	0.019	0.017	0.87	0.046	0.042	1.03	0.035	0.032	1.15
Nijmegen	0.020	0.022	1.11	0.039	0.042	1.02	0.024	0.026	0.94
Noord- en Midden-Limburg	0.021	0.021	1.06	0.046	0.044	1.06	0.032	0.030	1.10
Noord-Holland Noord	0.019	0.020	1.01	0.038	0.038	0.94	0.027	0.027	0.98
Noordoost-Brabant	0.020	0.021	1.07	0.039	0.040	0.96	0.026	0.026	0.96
Rotterdam	0.020	0.020	1.00	0.043	0.045	1.10	0.030	0.032	1.16
't Gooi	0.016	0.016	0.84	0.032	0.033	0.80	0.021	0.022	0.78
Twente	0.020	0.020	1.03	0.052	0.050	1.23	0.033	0.032	1.15
Utrecht	0.018	0.019	0.97	0.035	0.038	0.93	0.023	0.025	0.91
Waardenland	0.019	0.018	0.94	0.044	0.042	1.03	0.031	0.030	1.08
West-Brabant	0.020	0.020	1.03	0.041	0.040	0.96	0.027	0.026	0.95
Zaanstreek/Waterland	0.017	0.017	0.88	0.035	0.036	0.86	0.025	0.026	0.93
Zeeland	0.022	0.019	0.97	0.049	0.042	1.02	0.035	0.029	1.05
Zuid-Holland Noord	0.021	0.021	1.09	0.032	0.033	0.81	0.021	0.022	0.78
Zuid-Hollandse Eilanden	0.017	0.018	0.90	0.037	0.036	0.89	0.026	0.026	0.93
Zuidoost-Brabant	0.017	0.018	0.91	0.041	0.041	0.99	0.029	0.028	1.02
Zuid-Limburg	0.021	0.019	0.98	0.051	0.045	1.10	0.035	0.030	1.08
Zwolle	0.022	0.022	1.11	0.045	0.046	1.11	0.030	0.030	1.09

Bron: Monitor Langdurige Zorg, CBS Statline

Bijlage 4: Verantwoording data en methoden praktijkvariatie-verkenning

Bron: monitor langdurige zorg, Statline: http://mlzstatline.cbs.nl/statweb/. Geraadpleegd op 10 oktober 2014.

Zorg zonder verblijf = personen met ZZV indicatie, gefinancierd uit WMO of AWBZ.
Zorg met verblijf = personen met ZMV indicatie uit ABWZ gefinancierd op peildatum.

De data is berekend over alle inwoners van de regio's van 18 jaar en ouder. Voor jongeren is geen informatie bekend. Verder is gecontroleerd voor leeftijd door te rekenen met negen leeftijdsgroepen: 18 tot 35 jaar; 35-50; 50-65, 65-70; 70-75; 75-80; 80-85; 85-90 en ouder dan 90 jaar.

Peildata: 9 november 2012 voor de totale bevolkingsaantallen; 9 november 2012 en een periode van 4 weken daaromheen voor zowel zorg zonder (ZZV) als zorg met verblijf (ZMV). Er is dus enige overlap mogelijk van mensen die in de genoemde periode van de ene naar de andere zorgvorm zijn overgegaan en dus voor beide soorten geregistreerd zijn. Het is ook mogelijk dat mensen tussen instellingen en zorgregio's verhuisd zijn. Dit soort toevallige gevallen zal de resultaten vermoedelijk niet beïnvloeden.

De data staan niet toe na te gaan of de gevonden effecten significant zijn. Er kunnen dus geen uitspraken gedaan worden over de kleinere verschillen, want de interpretatie daarvan is te onzeker. Er is een aantal grotere verschillen waarvan de kans dat deze toevallig zijn kleiner is.

Voorlopige cijfers van het CBS, enige correctie is mogelijk.

Correlatie berekend met SPSS, versie 20. Pearsons correlatie (bivariaat). Resultaat: positieve correlatie van 0,427 (matig verband) $p<0.02$.